ACTA UNIVERSITATIS UPSALIENSIS
Studia Sociologica Upsaliensia
13

LARS FREDÉN

ATT SAKNA MÖJLIGHETER

En teoretisk och empirisk studie av depressioner utifrån Ernest Beckers socialpsykologiska teori

UPPSALA 1978

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548909_0030

ACTA UNIVERSITATIS UPSALIENSIS
Studia Sociologica Upsaliensia
13

LARS FREDÉN

ATT SAKNA MÖJLIGHETER
En teoretisk och empirisk studie av depressioner utifrån Ernest Beckers socialpsykologiska teori

With an English Summary:
To Lack Opportunities
A Theoretical and Empirical Study of Depressions starting from the Social Psychological Theory of Ernest Becker

UPPSALA 1978
Distributor:
Almqvist & Wiksell International
Stockholm – Sweden

Abstract Lars Fredén. **To Lack Opportunities.** *A Theoretical and Empirical Study of Depressions starting from the Social Psychological Theory of Ernest Becker.*

The dissertation consists of two parts, one empirical and one theoretical. A relatively extensive interview investigation is presented in the empirical part, in which a group of patients and a control group are studied. The results of the investigation are analysed in three stages: depressed people are compared with non-depressed, depressed people who seek psychiatric help are compared with depressed people who do not, and finally there is a short comparison between depressed patients with different diagnoses. The questions in the interview study focus mainly on social relations, the work situation, and the leisure situation. The findings suggest that it is above all the relationship with the partner and with parents which are particularly important in connection with depression.

The theoretical section starts with a detailed and comprehensive analysis of Ernest Becker's theory, which can be said to represent a synthesis of neo-Freudian theory, existentialism and symbolic interactionism. On a basis of this social-psychological theory and the results of the interview study, I conclude that the people running the greatest risk of becoming depressed are those who have both a tightly bounded pattern of action and a narrow range of action opportunities. Typical of the depressive process is that a person first finds his actions restricted because of external circumstances over which he has little control; this results in a bounded pattern of action, which in turn means that his range of action opportunities narrows down. The decisive factor which then precipitates depression is the threat to, or the reduction in, his self-esteem.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Doktorsavhandling vid Uppsala universitet 1978

© Lars Fredén 1978

ISBN 91–554–0795–1
ISSN 0585–5551
Printed in Sweden by
LiberTryck AB, Stockholm, 1978
Phototype setting by
TEXTgruppen i Uppsala AB

Innehållsförteckning

		Sid.
INLEDNING		7
1	VAD MENAS MED DEPRESSION?	12
1.1	Det medicinska synsättet	12
1.2	Det psykodynamiska synsättet	14
1.3	Inlärningspsykologiskt synsätt	15
1.4	Ernest Beckers synsätt	16
A.	EMPIRISK DEL	
2	INTERVJUUNDERSÖKNINGEN – METOD OCH URVAL	21
2.1	Frågeställningar och hypoteser	21
2.2	Urval av intervjupersonerna	22
2.2.1	Patientgruppen	23
2.2.2	Kontrollgruppen	24
2.2.3	Deprimerade i kontrollgruppen	25
2.3	Intervjuernas genomförande	26
2.3.1	Intervjuarna	26
2.3.2	Intervjun	26
2.3.3	Frågornas tillförlitlighet	27
2.3.4	Bortfallet	29
Noter		31
3	VAD UTMÄRKER DEM SOM BLIR DEPRIMERADE?	33
3.1	Bakgrundsfaktorer	33
3.1.1	Kön	34
3.1.2	Erfarenhet och upplevelse av svåra händelser	35
3.1.3	Deprimerad före den aktuella femårsperioden	38
3.2	Tillståndet innan depressionen	39
3.2.1	Partnerrelationen	39
3.2.1.1	Krav i partnerrelationen	40
3.2.1.2	Djup i partnerrelationen	41
3.2.2	Föräldrarelationen	42
3.2.2.1	Dominerande föräldrar	42
3.2.2.2	Djup kontakt med föräldrarna	43
3.2.3	Fritidssituationen	44
3.2.3.1	Tillgång till fritidsaktiviteter	44
3.2.3.2	Tillgång till sociala fritidsaktivieter	45
3.2.3.3	Initiativ till sociala aktiviteter	46
3.2.3.4	Tillgång till fritidskontakter	47
3.2.4	Arbetssituationen	48
3.2.4.1	Arbetsrelationerna	48
3.2.4.2	Självständigt arbete	49
3.2.5	Det dominerande problemet	50
3.3	Diskriminantanalys – Sammanfattning	54
3.3.1	Den kombination av variabler som bäst differentierar mellan grupperna	55
3.3.2	De personer som avviker från den förväntade grupptillhörigheten	57
Noter		59
4	VAD UTMÄRKER DE DEPRIMERADE SOM TAR PSYKIATRISK KONTAKT?	61
4.1	Socialgrupp och social-ekonomisk indelning	62
4.2	Kontakt med bekanta för att få hjälp	63
4.3	Hjälp genom aktiviteter	65

4.4 Sammanfattning ... 66
Noter ... 67
5 VAD UTMÄRKER DEPRIMERADE MED OLIKA DIAGNOSER? ... 68
5.1 Forskning som stöder en dikotom uppdelning resp. en kvantitativ uppdelning ... 68
5.2 En sammanfattande kritik av den psykiatriska forskningen om depressioner ... 70
5.3 Några framträdande skillnader mellan olika diagnosgrupper i undersökningen ... 71

B. TEORETISK DEL

6 ERNEST BECKERS TEORI ... 77
Inledning ... 77
6.1 Vår ontologiska position som människa ... 81
6.1.1 Fruktan för döden ... 81
6.1.2 Fruktan för livet ... 82
6.1.3 De ontologiska tvillingmotiven ... 83
6.2 Människans kulturspecifika villkor ... 84
6.2.1 Bestämning av kultur ... 84
6.2.2 Kulturens och samhällets betydelse för det individuella livet ... 85
6.3 Det yttre livet ... 89
6.3.1 Tillgång till objekt ... 89
6.3.2 Yttre handlingar ... 93
6.3.2.1 Tillgång till handling ... 93
6.3.2.2 Kontroll av handlingar ... 94
6.4 Det inre livet ... 96
6.4.1 Ej bearbetade handlingar ... 96
6.4.1.1 Preverbalt inlärda handlingar ... 96
6.4.1.2 Beteenderepertoarer ... 97
6.4.2 Ego ... 99
6.4.2.1 Språket ... 103
6.4.2.2 Försvarsmekanismer ... 105
6.4.3 "Meanings" – handlingssekvenser ... 107
6.4.3.1 Allmänt om "meanings" ... 107
6.4.3.2 Predicerbarhet – Kontroll – Makt att manipulera ... 109
6.4.3.3 Möjligheternas kontinuum ... 112
6.4.4 Mänskliga motiv ... 117
6.4.4.1 Självaktning ... 118
6.4.4.2 Heroism ... 122
6.4.4.3 Handlande utan ångest ... 124
6.5 Doing – Undergoing ... 126
6.6 Sammanfattning av teorin ... 130
Noter ... 133
7 DEFINITION AV FEM HUVUDBEGREPP ... 139
8 YTTRE FÖRHÅLLANDEN SOM BEGRÄNSAR ENS MÖJLIGHETER ... 144
8.1 Dominerande samhällsmönster ... 144
8.2 Yttre enskilda händelser man ej kunnat påverka ... 147
8.3 Yttre situationer där man är helt beroende av andra ... 149
Noter ... 150
9 FASTLÅSTA HANDLINGSMÖNSTER OCH FÅ HANDLINGSMÖJLIGHETER ... 151
9.1 Föräldrarelationen ... 151
9.2 Partnerrelationen ... 153
Noter ... 154
10 DEN DEPRESSIVA PROCESSEN ... 155
Noter ... 164
11 ATT SAKNA MÖJLIGHETER ... 165
SUMMARY ... 169
REFERERAD LITTERATUR ... 180

Förord

Hur når man kunskap om de sociala och psykologiska processer som föregår en depression? Svårigheterna att komma tillrätta med denna fråga återspeglas i de olika faser som avhandlingsarbetet genomgått. Det började med en traditionell empirisk anknytning till de psykiatriska kategorierna endogen/exogen depression och slutade nästan med frågan om livets mening.

Det är många som under arbetets gång hjälpt mig med praktiska problem, bidragit med värdefulla synpunkter och uppmuntran. Det är framför allt den trygghet och det stöd jag haft i Kerstin som gjort att jag under besvärliga perioder orkat gå vidare i arbetet. Min handledare, Kaj Håkansson, har bidragit med ovärderlig hjälp och uppmuntran. Det är mycket tack vare Kaj som jag tycker jag fått ordning på Beckers teori. Jag vill också speciellt tacka Social- och Vårdpolitiska gruppen vid Sociologiska institutionen i Uppsala vars fruktbara diskussioner haft stor betydelse vid mitt val av forskningsstrategi. Till er andra som bidragit med stora och små synpunkter vill jag rikta ett stort tack.

Sist men inte minst vill jag tacka alla er som ställt upp för intervju och i synnerhet er som gav ert godkännande till publicering av fallbeskrivningarna. Det är min stora förhoppning att er medverkan kan bidra till en ökad förståelse av depressioner och i sin förlängning påskynda utvecklingen mot en mänskligare psykiatri.

Linköping i maj 1978
Lars Fredén

Inledning

Ett starkt skäl till att jag valt att undersöka depressioner är att det inte finns någon nämnvärd sociologisk eller tvärvetenskaplig forskning inom området. Jag bortser då från mer makro- eller teoretiskt betonade studier såsom Durkheims "Självmordet" och Mertons "Anomieteori". Detta förhållande är ganska anmärkningsvärt, eftersom depressioner är en av de vanligaste diagnoserna vid våra psykiatriska sjukhus. Det finns däremot en betydande forskning om t.ex. schizofreni och alkoholism som kan betraktas som sociologisk.

Att jag bedömde depressioner som *sociologiskt* intressant hänger samman med att jag antog, att depressioner mer eller mindre är bestämda av förhållanden i den sociala miljön, d.v.s. att människor under vissa sociala betingelser lättare får depressioner. Det som egentligen från början gjorde att jag fann depressioner intressant som forskningsobjekt var, att man inom den traditionella psykiatrin menar att det finns en betydande kategori depressioner som inte kan förstås av yttre betingelser, s.k. endogena depressioner. Att jämföra endogena och exogena depressioner, där de senare kan förstås utifrån yttre betingelser, blev därför den första inriktning som mitt arbete om depressioner fick.

Det ämne jag valt att studera är kanske inte något man först och främst förknippar med sociologi. Vän av god akademisk ordning frågar sig säkert också om denna avhandling kan kallas sociologisk. Om man är mån om att upprätthålla gränserna mellan olika discipliner så är jag delvis beredd att instämma. För att använda ett slitet uttryck, menar jag, att avhandlingen i hög grad är ett tvärvetenskapligt arbete. Jag tror, att den likaväl kunde ha presenterats vid en psykologisk eller psykiatrisk institution som vid en sociologisk institution.

Efter genomgång av psykiatrisk forskning, som jag fann att man kunde rikta kritik mot i många avseenden (se s. 70), önskade jag vidga projektets inriktning. Målsättningen blev då att studera alla depressiva tillstånd, deras psykologiska och sociologiska bakgrund, aktuell manifestation och inordna allt i en makrosociologisk teori. Jag ämnade alltså försöka råda bot på den reduktionistiska psykiatriska forskningen och om möjligt ge en mer total bild av depressioner. Detta tillstånd av hybris blev dock relativt kortvarigt, främst tack vare diskussioner i Social- och Vårdpolitiska seminariet vid Sociologiska institutionen i Uppsala. Den slutgiltiga inriktningen på projektet växte så småningom fram efter dessa diskussioner och efter det att jag kommit i kontakt med Ernest Beckers teori om depressioner.

Jag var alltså tvungen att begränsa projektet i synnerhet som det var ett enmansprojekt. Jag bestämde mig för:
a) att begränsa ambitionsnivån,

b) att inrikta studien på *en* teoretisk nivå,
c) att inrikta frågorna i intervjuundersökningen till den omedelbara perioden innan depressionen.

Att lösa depressionens gåta fick anstå. Det får nog anses tveksamt om det överhuvudtaget är möjligt att nå en kunskap om depressioner som man kan betrakta som total (gäller i och för sig all kunskap). Olika synsätt, t.ex. biologiska, psykodynamiska, inlärningspsykologiska och symboliskt interaktionistiska, kan alla bidra med något som förklarar depressioner. Det måste anses vara en omöjlig uppgift att i en enda undersökning ta alla tänkbara faktorer i beaktande (både empiriskt och teoretiskt). Problemet är snarare vilket synsätt man finner mest fruktbart, utifrån ontologiska antaganden, pragmatiska (terapeutiska) antaganden och empirisk kunskap. Vad är människan? Vad kan hjälpa en deprimerad människa? Vad vet jag om deprimerade människor?

Jag har av olika skäl funnit Ernest Beckers teori om depressioner fruktbar som utgångspunkt för undersökningen. Teorin är mångdimensionell (vid varje genomläsning fick jag nya insikter), den svarar mot den erfarenhet jag har av depressioner, den för samman flera teoretiska inriktningar på ett enhetligt sätt och den ser människan som främst en aktivt handlande varelse (bestämd av och bestämmande sina sociala förhållanden i ett historiskt perspektiv). Jag motiverar närmare i inledningen till den teoretiska delen (s. 77) varför jag valt Beckers teori. Det sätt på vilket avhandlingen presenteras är okonventionellt. Det vanliga brukar vara att man först ger en teoretisk ram och därefter redovisar resultaten från den empiriska undersökningen och slutligen diskuterar resultaten med hjälp av den teoretiska utgångspunkten. Min avsikt var från början att avhandlingen skulle ha denna form. Men ett problem aktualiserades när den teoretiska analysen utvecklades. Det blev helt enkelt ett för stort glapp mellan den teoretiska nivån och den nivå som intervjudata representerade. Med stöd igen från tidigare nämnda seminariegrupp beslöt jag att vända på framställningen, d.v.s. först presentera data med en mindre ambitiös tolkning och därefter behandla analysen av Beckers teori. Den ordningsföljd som de olika kapitlen kommer i återspeglar därmed också i stort ordningsföljden på de olika momenten i forskningsprocessen. Det har givetvis varit ett samspel mellan analysen av Beckers teori och intervjuernas utformning samt tolkningen av dessa, men den teoretiska analysens *slutgiltiga* utformning kom att ligga långt från det som jag avsåg att mäta med frågorna.

Nedan gör jag en sammanfattning av avsikten med de olika kapitlen. Denna genomgång får också tjäna som en läsinstruktion. Innan vi tar del av undersökningsresultaten så har jag funnit det nödvändigt att presentera olika förekommande synsätt på depressioner. I dagligt tal förekommer en mängd uttryck som syftar på ett depressivt tillstånd. Man kan t.ex. vara nere, nedstämd, deppig, deprimerad, tungsint och passiviserad. Problemet är inte bara att man använder olika uttryck utan framför allt att man ger samma ord olika innebörd. Någon kan säga sig vara deprimerad för några timmar p.g.a. att arbetsdagen har varit misslyckad, medan andra hävdar att det för att man skall kalla någon deprimerad måste föreligga en

allvarlig sjukdom (bio-kemisk eller ärftlig belastning) som under en lång tid passiverar hela individens tillvaro. Det finns likheter till dessa extrema definitioner av depressioner även inom den vetenskapliga världen. Även om positionerna inte ligger så långt ifrån varandra som i det anförda exemplet, finns det stora skillnader mellan olika vetenskapliga skolor i hur man förklarar depressioner. Man är däremot mer enig om hur en depression manifesteras. Det bör vara ett tillstånd av nedstämdhet som varar flera dagar och som gör den deprimerades vardagliga sysslor svåra att utföra.

Det första synsättet jag beskriver, det medicinska, är det som är dominerande vid våra psykiatriska sjukhus. Man kan inom den psykiatriska litteraturen urskilja två framträdande inriktningar. Den ena är alltså att man skiljer på endogena och exogena depressioner, d.v.s. man anser vissa depressioner har ett inre ursprung och att andra främst beror på yttre omständigheter. De som företräder den andra inriktningen anser sig inte kunna skilja på inre och yttre orsaker. Båda dessa inriktningar inom det medicinska synsättet har en vag teoretisk förankring. Projektarbetet började sålunda med problemet endogen/exogen depression och det har även återverkat på den definition av depressioner jag använt i intervjuundersökningen. Jag har nämligen försökt att med avseende på dimensionerna innehåll, längd och intensitet på depressionen komma så nära en medicinsk definition som möjligt. Resterna av de ursprungliga planerna återfinns också som ett sista kapitel i empiridelen där jag gör en jämförelse mellan olika diagnoser.

Det andra synsättet jag presenterar, det psykodynamiska, har i hög grad präglat den teoretiska utvecklingen om depressioner. Tyngdpunkten ligger på de frustreringar man upplevt under sin uppväxt. Det psykodynamiska synsättet kan också ses som en tredje inriktning inom den psykiatriska litteraturen. Det psykodynamiska *arbetssättet* (psykoanalysen) är koncentrerad till den privata sjukvården och har inte, vad jag känner till, särdeles många utövare inom den traditionella psykiatriska vården. Det psykodynamiska synsättet utgör även en viktig grund i Beckers teori.

Det inlärningspsykologiska synsättet har haft en viss betydelse vid utformandet av intervjuformuläret framför allt vad gällde *antalet* aktiviteter och sociala relationer man hade tiden innan en depression. Detta synsätt, med "inlärd hjälplöshet" som centralt begrepp, kan sägas vara den mest framträdande inriktningen inom den psykologiska litteraturen. Det finns också betydande likheter mellan Beckers teori och det inlärningspsykologiska synsättet.

Det fjärde synsättet representeras av Beckers teori. Jag väljer i princip att vid denna genomgång av olika synsätt presentera teorin på det sätt jag först anammade den, d.v.s. det blir en förenklad version där jag definierar några begrepp vilka jag kommer att använda i tolkningen av resultaten. Dessa begrepp kan sammanfattas i satsen: *Har man en depressiv personlighet*, vilken utmärks av *att sakna handlingsmöjligheter*, utsätts man för en stor risk att bli deprimerad om *självaktningen reduceras*. Det är viktigt att påpeka att tolkningsförslagen i empiridelen vad gäller den teoretiska anknytningen har en låg ambitionsnivå och främst

syftar till att peka fram mot den teoretiska analysen.

Resultatkapitlen föregås av en metoddiskussion av intervjuundersökningens metoder. I detta kapitel ges en redovisning av hur intervjuerna gick till, hur intervjupersonerna uttogs, bortfallets karaktär och allmänt olika praktiska detaljer i samband med intervjuundersökningen.

Resultatredovisningen har jag delat upp i tre kapitel. Huvudvikten läggs vid det första av dessa kapitel som gäller jämförelsen mellan deprimerade och icke-deprimerade (kapitel 3). Jag har även närmare studerat skillnaden mellan de deprimerade som söker psykiatrisk kontakt och de som ej söker psykiatrisk kontakt (kapitel 4). Det tredje resultatkapitlet handlar om vad som utmärker de olika diagnosgrupperna och tonvikten ligger på jämförelsen mellan endogen och exogen depression (kapitel 5). I samtliga dessa tre kapitel refererar jag till annnan forskning, men det bör framhållas att jag inte haft möjlighet att sätta mig in i all relevant forskning. Jag tror, att det område jag täckt av bäst är det som rör distinktionen endogen/exogen depression. Det beror i sin tur på den förändrade inriktning som projektet fått från att först ha varit empiriskt inriktad på just jämförelsen endogen/exogen depression till att slutligen vara teoretiskt inriktad på jämförelsen deprimerade — icke-deprimerade.

Jag har därmed antytt att jag lägger störst vikt vid den teoretiska delen av avhandlingen. Kapitel 6 som är en analys av Ernest Beckers teori utgör också till omfånget halva avhandlingen. Analysen av Beckers teori har en egen inledning, som jag här endast hänvisar till.

Beckers teori följs av kapitel 7 där jag definierar fem huvudbegrepp, som jag funnit vara centrala i teorin. Dessa är objekt, handling, kontroll av handling, handlingssekvens och kontroll av handlingssekvens. De fem begreppen är viktiga att ha aktuella när jag övergår till att diskutera undersökningsresultaten utifrån Beckers teori. Jag har delat upp den diskussionen i tre kapitel. Det som gäller för samtliga dessa kapitel är att jag *inte* kan hävda att svaren på intervjuerna bekräftar eller falsifierar de teoretiska antagandena. Annorlunda uttryckt består dessa kapitel av en diskussion där teoretiska antaganden spelat lika stor roll som det som framkommit av intervjuerna, d.v.s. teorin och empirin är synnerligen sammanvävd. I dessa kapitel och även i den allmänna resultatredovisningen presenteras några fall. Jag tror att glappet mellan den teoretiska och den empiriska nivån inte är lika betydande vad gäller fallbeskrivningarna. Man kan hävda att fallbeskrivningarna stöder de teoretiska antagandena.

Det första av de kapitel (kapitel 8) där jag för samman Beckers teori och undersökningsresultaten handlar om yttre förhållanden som begränsar och låser handlingsutrymmet. Det är dock svårt att avgöra vad som är yttre förhållanden, men till detta kapitel för jag sådana förhållanden som är svåra för den enskilde individen att kunna påverka. Jag har försökt dela in de yttre förhållanden som begränsar ens möjligheter i a) dominerande samhällsmönster, b) yttre enskilda händelser man ej kunnat påverka ("slumpen") och c) yttre situationer där man är helt beroende av andra. Eftersom undersökningens inriktning är socialpsykolo-

gisk behandlas "dominerande samhällsmönster" ytterst knapphändigt.

I kapitel 9 hamnar vi på den socialpsykologiska nivån. Jag försöker tolka de olika resultaten i undersökningen i termer av fastlåsta handlingsmönster och få handlingsmöjligheter. Fastlåsta handlingsmönster innebär att man på den sociala nivån utför mycket beständiga handlingar och att man på den psykologiska nivån är mycket bunden vid vissa lösningar på tänkbara beteenden. Få handlingsmöjligheter har en motsvarande social och psykologisk sida. I detta kapitel försöker jag sålunda visa på kopplingen mellan ens sociala liv och hur man uppfattar tillvaron (ens psykologiska liv).

I det sista av de kapitel (kapitel 10) där jag sammanför Beckers teori med undersökningsresultaten, presenterar jag ett förslag till modell som beskriver den depressiva processen. I analysen av Beckers teori framkommer många faktorer som är betydelsefulla för om man skall bli deprimerad. Faktorerna ges emellertid ingen prioritet, varken tidsmässig eller betydelsemässig. I detta kapitel särskiljs fyra förhållanden; a) yttre förhållanden som begränsar och låser handlingsutrymmet, b) fastlåsta handlingsmönster, c) få handlingsmöjligheter och d) reducering av självaktningen. Dessa förhållanden menar jag, med hjälp av undersökningsresultaten och Beckers teori, torde vara dominerande vid olika tidpunkter i den depressiva processen.

Avslutningskapitlet är ämnat att mer lättfattligt knyta samman de olika trådarna från empiri- och teoridelen. Det handlar om *att p.g.a. yttre omständigheter sakna möjligheter, att i sitt dagliga liv själv begränsa möjligheterna och att tro sig sakna möjligheter*. Samspelet mellan dessa tre nivåer menar jag utgör en väsentlig faktor vid utvecklandet av depressioner. I det sista kapitlet diskuterar jag mycket kortfattat vilka tänkbara slutsatser man kan dra av analysen som är användbara i terapeutiska sammanhang.

1 Vad menas med depression?

1.1 Det medicinska synsättet

Två dimensioner är centrala i det traditionella psykiatriska sättet att betrakta depressioner. Det ena är orsaken till depressionen som kan sägas finnas på ett kontinuum från enbart yttre faktorer till enbart inre, bio-kemiska, faktorer. Den andra viktiga dimensionen man tar hänsyn till är om patienten reagerar positivt på anti-depressiv behandling (psykofarmaka eller el-chockbehandling).

Man kan påstå, att det inom den traditionella psykiatrin i princip finns två skolor. Dessa skolor illustreras bäst i England där man har Newcastleskolan, vilken har en dikotom syn på depressioner och Londonskolan vilken står för kontinuitetshypotesen. Den dikotoma synen innebär att man anser att vissa depressioner har ett inre (t.ex. bio-kemiskt, genetiskt) ursprung och att andra främst beror på yttre förhållanden. Dessa depressioner benämns endogena resp. exogena. De som står för kontinuitetshypotesen menar, att man ej kan dra några gränser mellan olika typer av depressioner med avseende på orsak, det är snarare en kontinuerlig skala av yttre och inre orsaker.

Inom det medicinska synsättet används en mängd begrepp som syftar på depressiva tillstånd och dessa begrepp skiljer sig ofta mellan olika länder. Exempelvis har begreppet "neurotisk depression" (se s. 68) en vidare innebörd i U.S.A. än i de skandinaviska länderna. Vad som ytterligare komplicerar bilden är att begreppen är en blandning av (A) etiologi (orsakssamband), (B) symtomatologi, (C) prognos och (D) reaktion på specifik behandling. En jämförelse mellan endogen och exogen depression enligt dessa kategorier kan se ut på följande sätt:

Endogen depression	*Exogen depression*
(A) Orsaken är av bio-kemisk natur (hormonell, genetisk, obalans av några transmittorsubstanser).	(A) Orsaken är av psykisk/social natur (en psykisk traumatisk händelse).
(B) Bland de mest framträdande symtomen som ofta nämns finns: Motorisk retardation, skuldkänslor, paranoida vanföreställningar, vaknar tidigt, djup depression, viktförlust, reagerar ej på förändringar i omgivningen, agitation och självmordsförsök.	(B) Bland de mest framträdande symtomen som ofta nämns finns: Ångest, självömkan (skyller på andra), svårt att somna, självmordsrisk och framför allt att den depressive håller fast vid ett spec. utlösande objekt.
(C) Med jämna mellanrum återkommande depressiva skov (genomsnitt	(C) Sällan recidiv (depressionen varar sällan längre än 6 mån.).

2–3 anfall med 6–12 mån. varaktighet).

(D) Reagerar specifikt på antidepressiva medel (psykofarmaka och E.C.T.).

(D) Reagerar "ospecifikt" på vissa psykofarmaka.

Som stöd för den bio-kemiska förklaringsmodellen brukar man anföra den s.k. "katekolaminhypotesen". Vid överföringen av nervimpulser från en nervcell till en annan fungerar transmittorsubstanserna som ett nödvändigt "hjälpmedel". Vissa av dessa transmittorsubstanser – katekolaminerna d.v.s. dopamin, noradrenalin, adrenalin och serotonin – har en stark koncentration i hjärnstammen och anses i dag med största säkerhet spela rollen som transmittorsubstanser i hjärnstammen. Man har då funnit att låga katekolamintal korrelerar med depressiva tillstånd. Vidare kan reserpin, som sänker katekolaminhalten, förorsaka depressiva symtom. Anti-depressiva medel ingriper just i detta förlopp och påskyndar återupptaget av aminerna till nervcellerna.

För närvarande bedrivs det en omfattande forskning just inom detta område och vissa av antagandena, som jag ej nämnt här, bakom katekolaminhypotesen har måst revideras. Vad som också bör påpekas är att en lägre aminhalt i hjärncellerna inte säger något om orsakssammanhangen. Förändringarna i transmittorsubstanserna kan givetvis vara en följd av en längre tids eller en kort traumatisk psykisk stressituation.

Sammanfattningsvis kan sägas, att det förefaller som om diagnosticeringen i endogen respektive exogen depression i första hand bygger på: 1) om det finns depressioner i släkten, 2) graden av depression (kraftig–mild), 3) motoriken (hämmad–normal), 4) reaktionen på anti-depressiva medel och 5) om man finner några utlösande faktorer. Främst utifrån dessa faktorer drar man sedan slutsatser om orsaker bakom beteendet, d.v.s. om det är en inre (bio-kemisk) eller en yttre (psykisk-social) orsak. Av dessa faktorer utgör frågan, om depressionen är knuten till något specifikt objekt (utlösande faktor) eller inte, i de flesta fallen den viktigaste differentieringsfaktorn.

En tendens inom det medicinska synsättet är att i stället för att lägga tonvikten vid tänkbara orsaker betona behandlingssidan. Man skiljer på primär depression, sekundär depression och "normal" nedstämdhet. Melankoli är den biologiska fasen i utvecklandet av primär depression. De som har en primär depression reagerar i regel positivt på tricykliska anti-depressiva medel. De som har en sekundär depression, vilken ofta föregåtts av en icke-affektiv psykiatrisk sjukdom t.ex. schizofreni, kan t.o.m. få större problem av detta psykofarmaka. Vid en "normal" nedstämdhet har antidepressiva medel ingen speciell effekt (Akiskal & McKinney, 1975).

Den primära depressionen har vissa framträdande symtom. W. Zung definierar depressionen som:

"(1) A mood disturbance which is characterized by pervasive feelings and complaints of being depressed, sad, down-hearted, and tearful. (2) Physiological symtoms which in-

clude: diurnal variation, disturbances of sleep, decreased appetite, decreased weight, decreased libido, constipation, tachychardia, and unexplainable fatigue. (3) Psychomotor disturbances, which are either that of retardation or agitation. (4) Psychological disturbances which include: confusion, emptiness, hopelessness, indecisiveness, irritability, dissatisfaction, personal devaluation, and sucidal rumination" (1973, s. 332).

Denna definition av depression utgör grunden för Zungs skattningsskala vilken är det avgörande kriteriet i intervjuundersökningen för att kategorisera deprimerade i kontrollgruppen (se s. 25).

1.2 Det psykodynamiska synsättet

Det psykodynamiska synsättet på depressioner har sina rötter i Freuds "Mourning and Melancholia" (1917). Freud betraktade depressionen som ett tillstånd där man vände aggressionen mot sig själv i stället för mot det objekt som aggressionen egentligen gällde. Ett skäl till detta var att man hyste starka ambivalenta känslor i förhållande till det förlorade objektet t.ex. vid skilsmässa eller dödsfall. Freuds arbete handlar först och främst om skillnaden mellan sorg ("mourning") och depression ("melancholia").

"In grief there is an *actual* loss of an object, consequently a feeling of the world being 'poor and empty', but there is no fall in self-esteem, no self-accusation. In melancholic depressions, there is usually an *emotional* loss of object due to disappointment or related factors" (Bibring, 1953, s. 13).

Edith Jakobson, som har arbetat i linje med Freuds tankegångar, vill utvidga begreppet sorg till att även innefatta bedrövelse ("sadness"). Vid sorg eller normal nedstämdhet går tankarna tillbaka till tidigare positiva erfarenheter och man har en stark önskan om att det som gått förlorat skall komma tillbaka. Så är dock inte fallet vid en "riktig" depression. Hon menar, att bedrövelse inte har att göra med en agressiv konflikt, varken med den yttre världen eller i medvetandet. Det sistnämnda är vad som utmärker depressionen:

"The mood disturbance arises from the discrepancy between the self representations and the ego ideal (superego) or the wishful image of the self" (Jakobson, 1971, s. 89).

Det depressiva problemet har alltså främst ett inre ursprung; obalans mellan aggressiva drifter och libidinösa drifter. Lösningen på problemet når man genom insikt om vilka ideal man har, men svårigheten ligger i att dessa ofta är omedvetna. Jakobson diskuterar också skillnaden mellan neurotiskt och psykotiskt deprimerade. Hennes slutsats är, att de psykotiska depressionerna baseras på fysiologiska förändringar (endogena) som sedan kan påverka balansen mellan de inre krafterna (aggression och libido).

Edward Bibring representerar en annan inriktning inom det psykodynamiska synsättet och ser depressionen främst som ett ego-fenomen. Det innebär att tyngdpunkten ligger mer på förhållandet mellan individen och det sociala livet och inte på konflikter inom individen. En annan väsentlig skillnad i Bibrings nyfreu-

dianska synsätt är att han menar att "normal" nedstämdhet, neurotisk depression och psykotisk depression har samma bakomliggande mekanism. Huvudtesen är att alla typer av depressioner har sin grund i förlust av självaktning ("loss of self-esteem").

Depressionen är egos känslomässiga uttryck för hjälplöshet och maktlöshet. Det är resultatet av glappet mellan å ena sidan den narcistiska aspirationen att vara värdefull, älskad, stark, säker och god och å andra sidan insikten, verklig eller inbillad, om att man inte klarar av att leva upp till dessa mål.

Hur passar sorgereaktionen in i detta schema? Bibring menar, att när man t.ex. förlorar sin älskade, konfronteras ego med en situation som tidigare bidrog till att uppfylla de ovan nämnda målen och som det nu inte har någon möjlighet att göra något åt.

Vi kan sammanfatta Bibrings synsätt med hjälp av ett citat:

"In *depression* the narcissistically important aims are perpetuated, but the narcissistic core of the ego, its self-esteem, is broken down, since the ego-functions—which usually serve the gratification of the particular narcissistic strivings—appear to be highly inadequate, partly due to reality factors, partly due to internal reasons" (Bibring, 1953, s. 32 f).

Vid en depression reduceras alltså egos kärna, d.v.s. självaktningen. Bibring antar, att den faktor som mest bidrar till att göra människor disponerade för depression är om man tidigt i barndomen känt sig hjälplös p.g.a. att man inte fått sina vitala behov tillgodosedda.

1.3 Inlärningspsykologiskt synsätt

Det som är gemensamt för olika inlärningspsykologier i synen på depressioner är bruket av begreppet förstärkning och idén att depressionen präglas av hjälplöshet och maktlöshet. En inriktning (Lewinsohn 1974, Ferster 1973, Akiskal & McKinney 1973, Ullman & Krasner 1969) anger förlusten av positiv förstärkning och/eller en ökning av negativ förstärkning för individen som den grundläggande orsaken till depressioner. Det finns även socialpsykologiska tankegångar inom denna inriktning. Ullman & Krasner nämner, att i vårt samhälle finns få sanktionerade roller för den som finner livet meningslöst. De framhåller också att den depressiva rollen lätt blir kronisk om individen inte finner alternativa handlingar och objekt när man hamnat i en situation där det tidigare beteendet inte längre ger positiv förstärkning. Slutsatsen av detta resonemang torde bli, att människor med en begränsad repertoar (d.v.s. beteenden som man tillgriper i många olikartade situationer) lättare riskerar att bli deprimerade när de förlorar positiv förstärkning av sitt beteende.

En annan inriktning inom det inlärningspsykologiska synsättet som kommit att bli alltmer dominerande företräds av bland annat Martin Seligman. Den tes han driver är, att depressionen är resultatet av att man förlorat *kontrollen* över det som ger positiv eller negativ förstärkning. Seligman kallar detta tillstånd inlärd

hjälplöshet. Han menar dock, att inlärd hjälplöshet endast motsvaras av s.k. reaktiva depressioner och då först och främst i de fall där personen är initiativlös, känner sig maktlös och ser dystert på framtiden. Trots denna inskränkning så gäller detta för det övervägande flertalet deprimerade. Inlärd hjälplöshet innebär att man upplever att framgång och misslyckande är oberoende av ens egna handlingar. Det är själva förväntan, att man inte kan kontrollera sin omgivning, som är det väsentliga för om man skall utveckla inlärd hjälplöshet eller inte. Seligman hävdar, att risken att reagera med hjälplöshet i vuxen ålder är mycket större om man under uppväxtåren inte haft möjlighet att kontrollera sin omgivning.

Akiskal & McKinney har försökt förena det inlärningspsykologiska synsättet med en bio-kemisk modell. Deras hypotes är, att hjälplöshet m.m. och reducering av vissa transmittorsubstanser (jfr. s. 13) innebär reducering av det neurofysiologiska substrat som förstärkningen representeras av i hjärnan. Denna minskning manifesteras sedan beteendemässigt som en depression. De grundar sin hypotes bland annat på att det finns en betydande likhet i symtom t.ex. psykomotorisk hämning, hopplöshet, för samtliga depressioner och att apor som utsatts för ett preparat som reducerar transmittorsubstanserna uppvisat vissa typiska beteenden. Aporna deltog mindre i social interaktion, de tog mindre initiativ, de föreföll att bry sig mindre om omgivningen och deras motoriska rörelser avtog.

1.4 Ernest Beckers synsätt

Beckers teori ges en utförlig och ingående presentation i den teoretiska delen och därför gör jag här endast en mycket kort sammanfattning. Jag tar fasta på de teser som var aktuella när intervjuundersökningen påbörjades. I tolkningen av resultaten kommer jag att använda några begrepp i Beckers teori, men jag låter dem peka fram mot den teoretiska analysen. Definitionerna av de begrepp jag gör nedan är därför förenklade.

Depressionen är en följd av att ens *självaktning* är undergrävd. Självaktning har man om man upplever sig vara herre över sina handlingar. Är ens självaktning reducerad har man svårt för att handla, man passiviseras. En stabil och hög självaktning är en viktig hörnsten för att man inte skall bli deprimerad.

Det som bygger upp självaktningen är att man i det sociala livet utför många handlingar där man själv upplever att man är med och styr. Thomas Szasz kallar dessa handlingar "games worth playing" och Becker menar utifrån detta att depressionen kan ses som en handlingsförlust ("game-loss") (Becker, 1962). En ytterligare viktig hörnsten för att undgå en depression blir då att man har alternativa handlingar att ta till i en svår situation, d.v.s. vid en handlingsförlust. Om man i det sociala livet utför många och varierande handlingar säger jag att man har många *handlingsmöjligheter*.

Ett tredje begrepp i Beckers teori som jag använder i den empiriska delen är *depressiv personlighet*. Jag kallar den potentiellt deprimerade för "den deprimerade personligheten". Hon (de flesta deprimerade är kvinnor) kännetecknas bland

annat av att ha låg självaktning och erfarenhet av få handlingar. En depressiv personlighet kan man ha utvecklat tidigt i barndomen om man i hög grad tvingats att begränsa sina handlingar, men man kan även ha format en depressiv personlighet i vuxen ålder.

I denna genomgång av de olika synsätten har jag valt att vara mycket kortfattad och därför inte gjort några jämförelser mellan synsätten. Läsaren har säkert noterat att det finns stora likheter mellan några synsätt framför allt mellan Becker och Bibring. Beckers teori skiljer sig dock från Bibrings teori genom sin förankring i symboliskt interaktionistiskt och existentialistiskt tänkande. Det symboliskt interaktionistiska inflytandet finner vi i att Becker tar fram handlingen som ett nyckelbegrepp. Identiteten (ego) är formad av våra sociala handlingar och har ingen beröring med några eventuella drifter. Inflytandet från existentialismen visar sig i att Becker tar fram betydelsen av att vi människor kan tänka oss vår egen död.

A. Empirisk del

2 Intervjuundersökningen — metod och urval

Våren, sommaren och hösten 1975 var vi 10 intervjuare som gick ut och intervjuade utskrivna patienter (i fortsättningen benämnd patientgrupp) och en relativt stor kontrollgrupp. Intervjuerna kan karakteriseras som halvstrukturerade. Några frågor var helt öppna, andra strukturerade. De flesta av frågorna handlade om att med hjälp av "stödfrågor" täcka av vissa dimensioner. Hur frågorna närmare var utformade och vad de kan tänkas representera tar jag upp i respektive avsnitt i resultatdelen. I detta kapitel kommer jag dock att något diskutera frågornas tillförlitlighet. I övrigt har jag inriktat detta kapitel på den teoretiska och empiriska bakgrund frågorna hade, hur intervjupersonerna togs ut och bortfallets utseende.

2.1 Frågeställningar och hypoteser

Jag valde att inrikta undersökningen på den sociala situationen före en depressiv period. Skälet till detta låg till stor del i den teoretiska utgångspunkten, d.v.s. Beckers betoning av handlingsmöjligheter och inlärningspsykologernas betoning av beteenderepertoarer. Jag uppfattade att dessa begrepp främst anknöt till hur man klarade av en svår situation. Hade man möjligheter att lösa depressionen med hjälp av andra handlingar, hade man möjligheter att inrikta sitt liv på alternativa handlingar och hade man möjlighet att se problemet i ett nytt, mer konstruktivt, perspektiv? Allt detta antog jag underlättades om man hade många vänner, många fritidsintressen och ett varierande arbete. Den primära inriktningen kunde formuleras som *"betydelsen av tillgång till aktiviteter och sociala relationer vid depressiva problem"*. Jag antog, att de nämnda variablerna relativt lätt kunde kvantifieras samtidigt som de var i linje med den teoretiska utgångspunkten. Det bör också sägas att ett starkt bidragande skäl till den nämnda inriktningen var att jag inte funnit någon liknande undersökning om depressioner.

Jag insåg givetvis, att det var betydelsefullt att även studera innehållet i de sociala relationerna och aktiviteterna. Två viktiga begrepp som jag försökte ta hänsyn till var "signifikanta andra" och "games worth playing". Begreppen är hämtade från symbolisk interaktionistisk teori (Mead, 1972) och Szasz spelteori (1970), men har också betydelse i Beckers teori. De syftar, enkelt uttryckt, på sociala relationer och handlingar som är betydelsefulla för vår självaktning. Det var egentligen enbart dessa relationer och handlingar jag var intresserad av att studera. En konsekvens av detta blev, att frågan om "betydelsefulla bekanta" och frågan om "betydelsefulla aktiviteter", kom att utgöra en förutsättning för om man skulle ställa ytterligare frågor. I de fall man angett en "betydelsefull bekant"

följde frågor om dominans, krav och djup i den aktuella relationen. Motsvarande följdfrågor för fritidsaktiviteter var om man brukade göra aktiviteten tillsammans med någon av sina bekanta och om man i så fall själv tog initiativ. Valet av just dessa dimensioner (dominans, krav, djup, social aktivitet och initiativ till social aktivitet) hade flera orsaker bl.a. kopplingen till Beckers och inlärningspsykologisk teori. Jag hade även i samtal med patienter, bland annat vid förstudien,[1] fått bekräftat att dessa dimensioner hade betydelse vid en depressiv utveckling och de flesta tas dessutom fram som viktiga i den psykiatriska litteraturen. I det sistnämnda fallet kanske viktiga främst i betydelsen av att kunna beskriva den som *blivit* deprimerad.

Utifrån ovanstående frågeställningar formulerades följande hypoteser: De som haft en depressiv period har jämfört med de som ej haft någon depressiv period

1) färre aktiviteter att tillgå *tiden innan* depressionen/negativa perioden,
   a) färre sociala aktiviteter att tillgå,
   b) färre betydelsefulla aktiviteter att tillgå,
   c) relativt färre aktiviteter som bygger på eget initiativ att tillgå,

2) färre sociala relationer att tillgå *tiden innan* depressionen/negativa perioden,
   a) färre betydelsefulla sociala relationer att tillgå,
   b) relativt fler relationer som innebar dominans,
   c) relativt fler relationer som innebar krav,
   d) färre djupa relationer att tillgå.

Motsvarande hypoteser sattes upp vad gällde jämförelsen deprimerade i kontrollgrupp och patienter, d.v.s. de som ej tog psykiatrisk kontakt förväntades ha tillgång till flera "sociala resurser". Eftersom jag i resultatkapitlen inte tar upp samtliga hypoteser kan här nämnas att endast hypoteserna som berörde innehållet i de sociala relationerna bekräftades (T-test med sig. nivå 0.05) vad avsåg jämförelsen deprimerade — icke-deprimerade, d.v.s. hypoteserna 2b, 2c och 2d. Ingen av hypoteserna bekräftades vad gällde jämförelsen deprimerade i kontrollgrupp — patienter.

2.2 Urval av intervjupersoner

Urvalet av intervjupersoner gjordes dels bland personer som haft psykiatrisk kontakt p.g.a. depressioner och dels bland människor i samma upptagningsområde som inte varit i kontakt med psykiatriska kliniken. Denna kontrollgrupp delades, efter det att intervjuerna var genomförda, upp i "deprimerade i kontrollgrupp" och "icke-deprimerade". De deprimerade i kontrollgruppen kom att bestå av 51 personer, medan 124 personer bedömdes inte ha varit deprimerade under de senaste fem åren. Antalet f.d. patienter som intervjuades var 67.

2.2.1 Patientgruppen

Det var flera olika syften som styrde det slutgiltiga valet av urval. Jag var intresserad av att jämföra de som tog psykiatrisk kontakt för att de hade depressiva problem med de som ej tog psykiatrisk kontakt men som ändå kunde betraktas som deprimerade. Detta medförde att det ansågs viktigt att ta med de polikliniska patienterna, vilket inte var tänkt från början. Skälet var att de polikliniska patienterna troligen hade de största likheterna i depressionshänseende med deprimerade som ej tog psykiatrisk kontakt. Dessutom är beslutet att ta poliklinisk kontakt ofta avhängigt individen själv eller hans närmaste omgivning (d.v.s. mitt undersökningsobjekt). Medan läkaren däremot har det avgörande inflytandet om intagning är nödvändig. Av det senare skälet blev det också intressant att jämföra de polikliniska patienterna med de som varit inlagda.

Eftersom det inte gavs tillstånd att intervjua patienter som haft kontakt med Ulleråkers sjukhus tillkom ytterligare en faktor som man måste ta hänsyn till vid patienturvalet. Patientgruppen skulle bli för liten att bygga några jämförelser på om jag enbart inriktade mig på någon speciell kategori av patienter. Förutom att jag önskade få ett relativt stort patienturval var jag intresserad av att kontrollera olika diagnosgrupper. Jag kom av dessa skäl att välja ett *stratifierat urval* enligt följande principer:

a) patienterna skulle vara lika fördelade på polikliniska och inlagda,
b) de inlagda skulle vara lika fördelade på "endogena" och "exogena",
c) de exogena skulle vara lika fördelade på "neurotiska" och "reaktiva".

Med detta urval har de polikliniska patienterna blivit underrepresenterade, vilket också gäller de exogena patienterna i förhållande till de endogena patienterna.

Trots att avsikten inte främst varit att få ett representativt urval, tror jag ändå man kan hävda att patientgruppen ger en ganska genomsnittlig bild av deprimerade patienter vid våra psykiatriska sjukhus och kliniker. Extremgrupperna, alltså de med lättare och de med allvarligare depressioner, var underrepresenterade. Med de förstnämnda avser jag de polikliniska patienterna och med de sistnämnda avser jag de som är tvångsintagna och de som haft psykiatrisk kontakt under en lång period (se de specifika villkoren nedan).

De mer specifika villkor som patientgruppen skulle uppfylla var

1) att första psykiatriska kontakten skulle ha tagits de senaste fem åren,
2) att man ej fick ha någon psykiatrisk blanddiagnos (d.v.s. det dominerande problemet skulle vara av depressiv art),
3) att åldern skulle variera mellan 25 och 50 år (nu kom av misstag några i åldern 50 till 60 år också att ingå),
4) att man ej under tiden för intervjuerna fick befinna sig på psykiatriska kliniken eller antas vara djupt deprimerad,
5) att man skulle vara skriven i Uppsala eller dess närmaste omgivning (2,5 mils omkrets),
6) att man skulle vara svensk medborgare.

De fyra sistnämnda villkoren gällde även kontrollgruppen och i viss mening

även det första. Den period som intervjun behandlade skulle ha inträffat under de senaste fem åren (hösten 1970 t.o.m. våren 1975). Vid urvalet av patientgruppen försökte jag fördela förstagångskontakten (vilket alltså var den period som togs upp i intervjun) över de senaste fem åren.

Det bör påpekas att den sociala sammansättningen av urvalet troligen varit annorlunda om Ulleråkers patienter hade ingått. Man kan anta att de som kommer till Ulleråkers sjukhus i högre grad tillhör lägre sociala skikt. Vidare kan man inte bli inlagd på vårdintyg vid Akademiska sjukhuset och det har ej heller någon jourverksamhet. Man kan därför också anta att Ulleråker jämfört med Akademiska får ta hand om de allvarligaste depressionerna. Av det sistnämnda följer också, att enligt den teoretiska utgångspunkt jag valt så torde möjligheten att bekräfta hypoteserna vara mindre i och med att patienterna från Ulleråker inte finns med.

Man bör ha klart för sig när det gäller hela urvalsförfarandet (både patient- och kontrollgrupp) att undersökningen ej är beskrivande utan förklarande. Syftet är främst att testa vissa hypoteser om skillnader mellan olika grupper. Det finns då flera faktorer som man måste försöka kontrollera. Med ett mycket stort material kan man i efterhand konstanthålla icke relevanta faktorer, men som vid alla forskningsprojekt är resurserna begränsade. Jag har därför redan vid urvalet konstanthållit vissa faktorer och strävat efter så stora jämförelsegrupper som möjligt. Man brukar vid sådana här diskussioner ta hjälp av Hans Zetterberg som menar, "att icke-representativa samples uppenbarligen inte är signifikant underlägsna representativa samples, när vi önskar vederlägga en teoretisk hypotes". Det påståendet är giltigt under förutsättning "att det samband, som vi vill bevisa, inte kommit in i våra data på grund av selektiv sampling" (Om teori och belägg i sociologin, 1968, s. 139).

2.2.2 Kontrollgruppen

De önskemål som fanns vid urvalet av kontrollgruppen var:

1) att få ett tillräckligt antal som kunde antas ha varit deprimerade (enligt en viss definition) under de senaste fem åren,
2) att den i sin sammansättning skulle motsvara patientgruppen i de variabler som jag ej var intresserad av att studera och vilka kunde antas påverka hypoteserna och som det var praktiskt möjligt att kontrollera,
3) att ingen skulle ha haft psykiatrisk kontakt.

Det var givetvis svårt att kontrollera det sistnämnda eftersom jag enbart hade tillgång till psykiatriska klinikens register. Det visade sig sedan att tre i kontrollgruppen hade haft psykiatrisk kontakt och dessa tre fördes då till patientgruppen. För att kunna göra några i statistisk mening godtagbara jämförelser mellan patienterna och de deprimerade i kontrollgruppen, var det också nödvändigt att den senare gruppen var relativt stor. Av detta skäl tog jag ut tre gånger så många i kontrollgruppen som i patientgruppen (jag förväntade att 20 till 30 procent i kontrollgruppen hade haft en depressiv period).

Urvalet av kontrollgruppen gjordes utifrån patientgruppens sammansättning.

Från mantalsregistret togs slumpmässigt ut tre personer som *motsvarade* en i *patientgruppen vad avsåg ålder, kön och församlingshemvist.*

2.2.3 Deprimerade i kontrollgruppen

Ett mycket stort problem var enligt vilka principer man skulle klassificeras som deprimerad. Jag försökte komma så nära en traditionell psykiatrisk definition som möjligt, eftersom jag önskade jämföra en deprimerad grupp som ej tagit psykiatrisk kontakt med en patientgrupp. Utifrån psykiatrisk litteratur och efter samtal med några psykiatriker kom jag fram till följande lösning. En relativt lättadministrerad skattningsskala av depressioner användes (utarbetad av W. Zung i WHO:s regi – se inledning s. 13–14). Man fick besvara frågan om man under de senaste fem åren "känt sig riktigt nedstämd så att man upplevt det som ett hinder i sitt vardagliga liv" och man fick även svara på hur länge man känt sig nedstämd. Skattningsskalan har bland annat följande kritiska gränser: a) lätt depression ("mild depression") vilket också är skärningspunkten mellan depression och icke-depression och b) måttlig depression ("moderate depression").

För att karakteriseras som deprimerad i kontrollgruppen måste man uppfylla följande villkor:

1) ha varit nedstämd i minst två veckor,
2) enligt skattningsskalan ha minst "lätt" depression,
3) ansett sig själv ha varit "riktigt nedstämd så att man upplevt det som ett hinder i sitt vardagliga liv".

Om det sistnämnda villkoret ej var uppfyllt fordrades det att man

4) enligt skattningsskalan hade minst "måttlig" depression.

Det kan givetvis diskuteras om man inte skulle ha haft strängare kriterier på vad som skulle betraktas som en depression. Det som talar för den gjorda definitionen, förutom att jag strävat efter en "objektiv" psykiatrisk definition, är dels den teori som undersökningen utgår ifrån och dels pragmatiska skäl. Med det sistnämnda menar jag, att om vi hade haft för stränga kriterier hade antalet deprimerade i kontrollgruppen blivit så få att man inte kunnat göra några godtagbara jämförelser. Teorin implicerar att de deprimerade i kontrollgruppen på grund av resurser i den direkta sociala miljön lättare klarar av en svår situation och då givetvis inte blir lika djupt deprimerad jämfört med de som tar psykiatrisk kontakt.

Låt oss se vilket resultat denna definition gav. Det visade sig att 29 % i kontrollgruppen kom att karakteriseras som deprimerade.[2] Vid första anblicken kan andelen tyckas vara hög, men man bör tänka på att kontrollgruppen är selektiv. Kontrollgruppen består av t.ex. 80 % kvinnor och i traditionell epidemiologisk statistik är depressioner 2–3 gånger vanligare bland kvinnor än bland män (se s. 34). Med hänsyn till detta och att perioden omfattar 5 år så är det erhållna resultatet inte oväntat.

Nedan presenterar jag slutligen de olika gruppernas medelvärden på skattningsskalan. Gränsen för "lätt" depression gick alltså vid 40 poäng, för "måttlig" depression vid 48 poäng och för "svår" ("severe") depression vid 56 poäng.

Medelvärdet på Zungs skattningsskala för olika delgrupper.

Tabell 1.

Grupp	Skattningspoäng
Patientgrupp	57 (n = 68)
Depr. i kontrollgrp.	52 (n = 51)
Ej deprimerade	33 (n = 124)

Tabell 2.

Patientgrupp	Skattningspoäng
Endogen	56 (n = 13)
Neurotisk	61 (n = 9)
Reaktiv	61 (n = 11)
Poliklinisk	55 (n = 35)

Skattningspoängen för patientgruppen i stort och icke-deprimerade avviker inte i någon nämnvärd utsträckning från de undersökningar Zung genomfört. Detta kan vara viktigt att notera eftersom skattningsfrågorna i vår undersökning har ställts retrospektivt vilket inte varit fallet i någon av Zungs undersökningar.

2.3 Intervjuernas genomförande

2.3.1 Intervjuarna

Vi var 10 intervjuare som utförde de 273 intervjuerna i huvudundersökningen. De flesta av intervjuarna gick under utbildning för att bli självständiga psykologer och vi övriga var sociologer.

Instruktionen av intervjuarna rymde flera moment.[3] Det visade sig dock att instruktionen i några fall inte hade varit tillräcklig. Det ställdes stora krav på intervjuarnas flexibilitet och psykologiska kunnande t.ex. att i intervjusituationen kunna tolka svåra psykologiska begrepp. Feltolkningar av begrepp har främst gällt frågor vilka har mindre vikt i analysen (betydelsefulla kontakter och kontaktenhet — se s. 47) och dessutom antar jag att de påverkar undersökningsgrupperna i samma utsträckning.

2.3.2 Intervjun

Vi kontaktade samtliga intervjupersoner brevledes (se s. 29) och en vecka därefter tog respektive intervjuare kontakt för att komma överens om en eventuell intervju. Med några få undantag utfördes samtliga intervjuer i intervjupersonernas egen bostad. De flesta vi kom i kontakt med var mycket tillmötesgående och verkade uppriktigt intresserade av undersökningen. Målsättningen var ju att inga skulle vara djupt deprimerade vid själva intervjutillfället och vi upplevde också att de f.d. deprimerade nu hade fått en viss distans till sina tidigare problem. Det fanns givetvis undantag och en handfull personer var dessutom deprimerade vid intervjutillfället. Hur detta kan ha påverkat undersökningsresultaten är svårt att säga. Jag tror dock inte det kan ha haft särdeles stor betydelse, eftersom de utgör en mycket begränsad andel och är ungefär jämnt fördelade mellan patienter och kontrollgrupp.

Många intervjuer utmynnade i långa samtal om upplevelser och händelser i personens liv. Vi fick det intrycket, att man tog tillfället i akt att prata med någon utanförstående om sina svåra problem. Man skulle mycket väl kunna karakterisera några av intervjuerna som terapeutiska samtal. I regel tog intervjuerna cirka 1 1/2 timma, men det fanns intervjuer som varade i över 3 timmar.

Det var även några som var kritiska till intervjun. Exempelvis tyckte en del att det blev tjatigt att räkna upp alla bekanta och hur relationerna till dem var, att man inte kunde utläsa något av svaren eftersom intervjuaren var så lätt att styra, att frågorna var för diffusa och rymde för mycket av "kom ihåg".

Vi frågade även samtliga om de tyckte frågorna var svåra att besvara; 60 % gav ett nekande svar. De största svårigheterna hade man med dimensionsfrågorna, d.v.s. att ange om en relation präglats av dominans, krav m.m.

2.3.3 Frågornas tillförlitlighet

Jag har alltså valt en icke-experimentell metod att uppnå socialpsykologisk kunskap och att presentera resultaten kvantitativt. Med detta följer stora problem att kontrollera och erhålla god reliabilitet och validitet. Flera av frågorna i intervjuformuläret måste vara svåra att tolka på ett enhetligt sätt. Det gäller främst de frågor som berör innehållet i relationerna (betydelse, dominans, krav och djup). Jag har på tre olika sätt försökt kontrollera frågornas tillförlitlighet; innehållsanalys av frågorna, reliabilitetstest och intervjuer med anhöriga.

1) De blivande intervjuarna intervjuades på det fullständiga intervjuformuläret. Man kände då ej till undersökningens syfte och innehåll speciellt mycket. Samtliga intervjuare kunde anses besitta en god sociologisk och psykologisk kunskap. Intervjuarna fick efter intervjuns genomförande svara på hur de uppfattat vissa frågor och detta jämfördes med vad jag hade tänkt att frågorna skulle mäta. Vid den genomgången visade det sig att frågorna som skulle mäta "signifikanta andra" ("var det viktigt vad n.n. tyckte om dig") och krav i relationen var svårast att komma åt. De övriga frågorna (förutom vissa av skattningsfrågorna) föranledde inga större problem.

2) Intervjuarna fick bedöma samma intervju oberoende av varandra. Det gjordes ett mer kontrollerat reliabilitetstest på en omfattande och relativt svårtolkad intervju. Sammanlagt gjordes vid det sistnämnda testet 248 bedömningar, i enlighet med formulärets tregradiga skala, av de nio intervjuarna tillsammans. Av dessa avvek 13 bedömningar (reliabilitet 95 %) från medianvärdet. Avvikelserna var ej koncentrerade till någon intervjuare. Frågorna som det var minst samstämmighet om var "signifikanta andra" och "krav i relationen". Man kan givetvis inte dra för stora slutsatser av denna enda reliabilitetskontroll i synnerhet som följdfrågorna i vissa fall antyder i vilken riktning bedömningarna bör göras. Dessutom är just det sätt på vilket frågorna ställs av mycket stor betydelse för hur intervjupersonerna kan väntas svara.

3) Ett tredje mått på tillförlitligheten var att vi intervjuade några anhöriga (31 intervjuer) och jämförde deras svar med de primära intervjuerna (i fortsättningen kallad IP-intervju). Vi försökte få ett lika stort antal anhöriga till deprimerade IP som till icke-deprimerade IP. De villkor vi försökte ställa för att en anhörig till IP skulle intervjuas var att IP gav sitt samtycke (endast ett par vägrade) och att den anhörige hade varit med om och kunde förväntas känna till perioden väl. Dessa intervjuer gjordes i slutet av fältarbetet av hälften av intervjuarna (två intervjuare gjorde 2/3 av intervjuerna).[4]

Nedan presenterar jag kortfattat vad som framkom vid närkontaktintervjuerna. Det bör då noteras att jag ännu inte presenterat frågorna utan väntar med det till respektive avsnitt i resultatdelen.

Totalt skilde sig 30 % av patientgruppens svar från deras anhörigas svar (jämförelser gjordes på de tre mest frekventa kontakterna och på de tre mest frekventa aktiviteterna på alla de studerade dimensionerna). Motsvarande andel var för hela kontrollgruppen 21 %. Den sämsta överensstämmelsen hade frågan, "om man gjorde de av IP nämnda aktiviteterna på eget initiativ" (40 % hade olika svar). Även frågan om "hur ofta man brukade ägna sig åt aktiviteten" hade mindre god överensstämmelse. Den bästa överensstämmelsen mellan IP:s och de anhörigas svar hade frågorna "om man brukade göra aktiviteten tillsammans med någon" och "om de av IP nämnda personerna ställde stora krav på IP" (ca 14 % hade olika uppfattning). Det som är intressantast med dessa frågor är om "felen" är koncentrerade till någon grupp och i vilken riktning avvikelserna går för respektive grupp. För ingen av frågorna går avvikelserna i någon bestämd riktning ("felen" tar ut varandra), men det finns däremot skillnader mellan grupperna. Den mest påtagliga och överraskande tendensen är att patientgruppen har fler positiva bedömningar jämfört med deras anhöriga. Patientgruppen har jämfört med sina anhöriga angett fler sociala aktiviteter, mindre kravrelationer, mer frekvent umgänge, att depressionen varade kortare tid och har lägre skattningspoäng.

Av dessa nämnda tre sätt att pröva undersökningens tillförlitlighet på, är det endast det första som kan sägas försöka mäta validiteten, d.v.s. att mäta det jag egentligen avser att mäta (="sanningen"). Men för att kunna uppnå hög validitet fordras hög reliabilitet, vilket då den andra prövningen försökte mäta. Det är tveksamt vad det tredje prövningssättet skall benämnas. Det är i en viss mening både en prövning av reliabiliteten och validiteten. Hur pass säkert (reliabelt) är intervjuinstrumentet för att få fram samma umgängesmönster och aktivitetsmönster för en viss person vid intervju med två olika personer? Kan intervjupersonerna antas ha förvrängt de verkliga förhållandena (validiteten)? Problemet är att avgöra vilken person man kan anta bäst känner till den "verkliga" situationen. IP och närkontakterna befinner sig i två helt olika positioner. IP skall erinra sig sina egna upplevelser och förhållanden medan närkontakten dessutom har att sätta sig in i IP:s situation för den aktuella perioden. Man måste därför sätta större tilltro till IP:s svar och närkontaktintervjuerna blir därigenom en dålig indikator på validiteten.

Det man kan utläsa ur närkontaktintervjuerna, som också är syftet med dessa intervjuer, är om någon undersökningsgrupps (patient, ej deprimerade, deprimerad i kontrollgrupp) svar *jämfört* med någon annan grupps svar tenderar att avvika i någon bestämd riktning. Det empiriska antagandet som låg bakom närkontaktintervjuerna var att de som varit deprimerade tenderade att underskatta sina relationers och aktiviteters omfång och innehåll jämfört med de som ej varit deprimerade. Resultaten visade sig för patientgruppen alltså gå i motsatt riktning.

Man kan tolka dessa resultat bland annat som 1) att de f.d. patienternas situation innan och under depressionen varit svårare än de nu önskar erkänna (för sig själv eller intervjuaren), 2) de anhöriga till patientgruppen önskar understryka att det varit besvärligt (t.ex. som försvar för sin egen maktlöshet), 3) både patientgrupppen och närkontaktgruppen gör en "riktig" tolkning av situationen och det är just de närmast anhörigas negativa definition av situationen som bidrog till att man sökte psykiatrisk hjälp, 4) närkontakterna kan i högre grad ha en mer "objektiv" bild av sin anhörig som deprimerad än den deprimerade själv har nu efteråt när situationen är en helt annan och 5) de f.d. patienterna känner skuld för att man varit deprimerad och försöker därför underskatta de tidigare problemen. Flera av de ovan gjorda tolkningarna överlappar varandra och ett par kan också ses som preciseringar av mer allmänna tolkningar t.ex. 5) kan vara ett specialfall av 1) och/eller 4).

2.3.4 Bortfallet

I den förundersökning som gjordes på hösten innan huvudundersökningen fick vi en stor andel vägrare (cirka 40 %). Vi antog att man kunde reducera antalet vägrare om undersökningen fick en närmare anknytning till Akademiska sjukhuset. I det brev som vi gick ut med till de personer som ingick i urvalet omnämnde vi oss som en fristående forskningsgrupp vid Akademiska sjukhuset (i förundersökningen — en intervjuundersökning vid Sociologiska institutionen). Målsättningen var att åtminstone hålla nere andelen vägrare till cirka 25 %. Man kunde anta att vi skulle få ett relativt högt bortfall med tanke på ämnets känsliga karaktär och det sätt på vilket vi tog kontakt. Första kontakten togs alltså brevledes och överenskommelsen om en eventuell intervju gjordes cirka en vecka senare per telefon. Det är givetvis betydligt lättare att avböja en intervju vid ett anonymt telefonsamtal än vid ett personligt besök. Men med tanke på patientgruppen valde vi av främst etiska skäl denna kontaktform. I ett fåtal fall där telefon saknades var det nödvändigt att ta personlig kontakt.

En annan faktor som gjorde att man kunde förvänta sig ett relativt högt bortfall var tidpunkten för undersökningen. Avsikten var att intervjuerna skulle ha genomförts under våren, men av olika anledningar kunde inte intervjudelen påbörjas förrän i slutet av maj. Eftersom det var i början av sommaren var många i färd med att lämna staden. Men vi mötte i detta sammanhang även många positiva

reaktioner. Flera av de uttagna intervjupersonerna sade dock att de var mycket angelägna om att delta i undersökningen. Vi kom därför överens om att göra dessa intervjuer vid ett senare tillfälle, vilket också i de flesta fall kunde genomföras.

Ett 20-tal personer fick vi efter otaliga försök ingen kontakt med och vi sände därför ut ett påminnelsebrev där vi bad dem ta kontakt med mig. Detta gjorde de flesta av vilka också några vägrade. Intervjudelen av undersökningen kunde avslutas i början av oktober 1975.

Bortfallet är beräknat på den grupp som uppfyllde de kriterier som gällde för urvalet (se s. 23). Det visade sig dock att tre personer i kontrollgruppen tidigare hade haft psykiatrisk kontakt. I de gjorda beräkningarna ingår inte 10 personer som vid kontakten visat sig flyttat från Uppsala (d.v.s. mer än 10 mil från Uppsala). Det totala bortfallet blev 27 %, fördelade på 29 % i patientgruppen och 26 % i kontrollgruppen. I båda dessa andelar ingår 2 % vilka vi inte fick kontakt med.[5]

Eftersom jag haft tillgång till journalmaterialet har det varit möjligt att göra en mer ingående bortfallsanalys av patientgruppen. Jag har gått igenom 36 variabler som har anknytning till intervjuundersökningen. Det har dock ofta saknats uppgifter i journalerna om det som berör innehållet och omfånget av relationer och aktiviteter. Varje vägrare har matchats mot en intervjuad patient i samma ålder, av samma kön och med samma typ av kontakt (inlagd—poliklinisk). Innan jag gjorde denna matchning kunde jag konstatera att av de totalt 25 f.d. patienterna som vägrade delta i undersökningen hade hela 18 personer enbart haft poliklinisk kontakt. Urvalet var från början sammansatt av lika stor andel polikliniska som inlagda patienter.

Resultatet av bortfallsanalysen kan sammanfattas i att den typiske vägraren enbart tagit poliklinisk kontakt, endast varit riktigt nedstämd en gång, har problem i relationen till sin partner och har en problematisk arbetssituation. Dessa resultat och det allmänna intryck man fått vid journalgenomgången antyder att den tendens som framkommit i intervjuerna med patienterna kunde varit ändå starkare om vägrarna hade ingått i materialet.

Detta antagande säger givetvis inget om skillnaderna mellan de olika undersökningsgrupperna kunde blivit annorlunda om alla hade intervjuats. För att kunna anta något om detta förhållande så måste vi känna till gruppen vägrare i kontrollgruppen. Den enda information som finns om dessa är de subjektiva intryck man fick vid telefonkontakten. När vi frågade de som vägrat om skälet till detta så framkom i princip tre skäl.

1) Man var rädd och blyg för att bli intervjuad om sina personliga relationer. I denna grupp finns även de som över huvud taget sade sig vara ointresserade av att prata om sig själva.

2) Man ville inte att någon skulle "rota" i en depression man hade haft. Flera i denna grupp menade att de nu kommit över depressionen och önskade inte att dess negativa upplevelser skulle väckas till liv igen.

3) Man hade inte tid. Avsaknad av tid för en sådan här intervju hänger givetvis

samman med att man inte fann undersökningen tillräckligt givande för sig själv och/eller forskningen.

Det intressanta i detta sammanhang är att de skäl som patientgruppen angav för sin vägran överensstämmer relativt väl med de skäl som kontrollgruppen angav. Den största skillnaden mellan kontrollgruppen och patientgruppen var att de senare i mycket ringa utsträckning sade att de vägrade p.g.a. tidsbrist eller ointresse.[6]

Den slutsats man kan dra av detta och de resultat som journalgenomgången gav är att *sannolikheten är större att de uppvisade skillnaderna mellan gruppen deprimerade och gruppen icke-deprimerade hade varit större* än mindre om alla tillfrågade hade intervjuats. Däremot är det betydligt osäkrare att göra något antagande om i vilken riktning skillnaderna hade gått i jämförelsen mellan patientgruppen och de deprimerade i kontrollgruppen om bortfallet hade varit minimalt. Det antagande som jag finner mest sannolikt är att resultaten inte hade förändrats i någon riktning.

Noter

[1] Hösten 1974 gjordes en förstudie där vi intervjuade ett 20-tal personer (patienter och icke-patienter). Intervjuerna var ostrukturerade och kan sägas ha bestått av fyra avsnitt: allmänna frågor om sociala förhållanden (skola, yrke och bostad), frågor om ev. depressiva perioder, frågor om uppväxtförhållanden och slutligen frågor om olika intressen. Förstudien var inriktad på jämförelsen mellan endogena och exogena depressioner. Paradoxalt nog visade det sig, att de med diagnosen endogen depression nämnde flera händelser som de satte i samband med depressionen än de med diagnosen exogen depression. Vidare kunde man notera, att de händelser som de endogena patienterna tog upp i allmänhet var mer komplexa (alltså inga klart "utlösande faktorer") än de händelser som de exogena patienterna nämnde. Intervjuarna kände liksom i huvudundersökningen inte till patienternas diagnos.

Vad som i övrigt kan nämnas av resultaten från förstudien är, att det övervägande flertalet tog upp problem under uppväxten som något grundläggande för deras depressiva problem. Man hade t.ex. känt sig mycket ensam i barndomen och upplevt att föräldrarna ställt stora krav. När det gällde fritidsintressen pekade resultaten på att patienternas intressen främst var av icke-social karaktär. Slutligen måste framhållas att man givetvis inte kan dra några generella slutsatser av förstudiens resultat p.g.a. det begränsade urvalet intervjupersoner. Avsikten var att se vilka frågor det kunde vara fruktbart att bygga vidare på i huvudundersökningen.

[2] Av de som definierats som deprimerade i kontrollgruppen har 16 % fått en skattningspoäng som innebär "lätt till måttlig depression". I patientgruppen har 10 % hamnat inom detta intervall. Hela 35 % av de deprimerade i kontrollgruppen har själva inte ansett att de varit "riktigt nedstämda. . .", men istället uppfyllt kravet på skattningspoäng (mer än måttlig depression). Omvänt så har 17 % besvarat den första depressionsfrågan jakande men ej klassificerats som deprimerade på grund av att de ej uppfyllt de andra kriterierna. En förklaring till "depressionsfrågans" bristande överensstämmelse med skattningsfrågorna är att den kom som inledande fråga innan problemen hade berörts mer ingående.

[3] Först intervjuades de själva på det kommande intervjuformuläret. Vidare instruerade jag dem i smågrupper om hur intervjun borde gå till. De fick utföra en bandinspelad intervju som sedan diskuterades av de andra. Slutligen gick vi noggrant igenom de först utförda intervjuerna.

[4] Andelen vägrare i närkontaktgruppen var så liten att jag inte finner någon anledning att närmare analysera detta. Av de sammanlagt 35 intervjupersoner som tillfrågades önskade 3 personer att vi inte tog kontakt med någon anhörig. Av de 32 närkontakter vi sedan tog kontakt med vägrade en person att ställa upp för intervju. Det som kan diskuteras vad beträffar närkontaktintervjuerna är att intervjuarna ofta inte har frågat dem som varit likgiltiga eller negativa till den egna intervjun om man fick ta kontakt med någon anhörig. Man kan dock anta att denna selektion från intervjuarnas

sida har varit densamma för alla grupper. Poängen med närkontaktintervjuerna var som nämnts tidigare att jämföra svarsmönstren mellan gruppen deprimerade och gruppen icke-deprimerade och inte att göra någon egentlig validitetskontroll.

[5] Den högre andelen vägrare i patientgruppen jämfört med kontrollgruppen kan tillskrivas gruppen brevvägrare i patientgruppen (2 % respektive 7 %). Det är dock troligt att dessa även hade vägrat vid en telefonkontakt.

[6] Jag har berört några yttre faktorer som jag förväntade mig skulle påverka bortfallet (tidpunkten för intervjun, telefonkontakten och ämnets känsliga karaktär). Vilka yttre faktorer hade då troligen betydelse för den relativt höga andelen vägrare? Man kan sammanfatta dessa faktorer i tre huvudpunkter:

1) Allmän rädsla för undersökningar som man sammankopplar med databehandling. En tendens som de flesta socialvetare fått erfara är att den senaste tidens diskussion om data och konfidentialitet har inneburit större andel vägrare i undersökningarna. Denna undersökning genomfördes dessutom samtidigt som dessa frågor diskuterades mycket i massmedia i samband med Nackaprojektet och Folk- och bostadsräkningen.

2) Svårigheter att per telefon få människor att ställa upp för en intervju. En mycket viktig faktor i detta sammanhang var att flera av intervjuarna var ovana att per telefon få människor intresserade för en intervju. Det var en markant tendens att de mest erfarna intervjuarna fick det minsta antalet vägrare.

3) Ämnets känsliga karaktär. Instruktionen till samtliga intervjuare var att inte använda alltför stor övertalningsförmåga för att få negativt inställda människor att ändra sig. Detta gällde i synnerhet de i patientgruppen som ej önskade bli intervjuade. De senare hade ju även möjlighet att brevledes säga att de inte önskade delta i undersökningen.

3 Vad utmärker dem som blir deprimerade?

3.1 Bakgrundsfaktorer

De flesta studier där man behandlat hur betingelser under uppväxten kan ha inverkat på en depression i vuxen ålder brister i något av två viktiga avseenden. Antingen saknas meningsfulla kontrollgrupper eller är frågeställningarna relativt ytliga (t.ex. förlust av mor/far under barndomen). Ett exempel på den första typen av undersökningar utgör Cohen, Fromm-Reichman m.fl. (1954), som under en följd av år intensivstuderade tolv manisk-depressiva familjer. Undersökningsgruppen var som synes mycket liten och en kontrollgrupp utgjordes av schizofrena patienter. Med detta är inte sagt att deras resultat inte pekar på viktiga förhållanden. Några av de intressanta faktorer de fick fram kan sammanfattas i följande fyra punkter:

1) De flesta av familjerna, i vilka de depressiva växte upp, kunde sägas vara sociala isolat.
2) Barnen (d.v.s. de som sedan blev manisk-depressiva) förväntades nå bättre sociala positioner än vad föräldrarna lyckats med.
3) Barnen förväntades i hög grad vara konforma till moraliska krav i sitt beteende.
4) Modern var i allmänhet den starke i familjen och fadern hade ofta misslyckats i sin karriär.

Nu gällde den ovan refererade undersökningen enbart manisk-depressiva patienter, men det finns intressanta paralleller med en mer allmän undersökning utförd av Linsky (1969). Den senare är även en av de få utpräglade sociologiska undersökningar om depressioner som jag träffat på. Linsky jämförde i 27 olika samhällen den genomsnittliga utbildningsnivån med möjligheterna att skaffa sig ett kvalificerat yrke (operationaliserat genom antal högstatusyrken). Man fann signifikant fler depressiva i samhällen med många högt utbildade och få möjligheter att göra en yrkeskarriär. Resultaten antogs inte kunna bero på geografiska förflyttningar eller tillgång till psykiatrisk service. Linsky drar slutsatsen att de med en depressiv personlighet

"... are inflexibly aligned with dominant cultural goals of success and with beliefs concerning the moral rightness and efficacy of traditional means for achievement" (s. 130).

Den deprimerade personligheten skulle alltså i högre grad än andra ha anammat dominerande kulturella mål (Cohen, m.fl. 1954) och när de hamnar i ett samhälle med få möjligheter att uppfylla dessa mål är risken stor för en depression (Linsky, 1969).

Frågor som i vår undersökning avsett att täcka bakgrundsförhållanden, d.v.s. faktorer som format en depressiv personlighet, är inte många och kan även karakteriseras som relativt ytliga. De frågor jag funnit intressanta att närmare diskutera är kön, erfarenhet av svåra händelser, om föräldrarna eller syskonen varit nedstämda (kapitel 5) och om man varit deprimerad före den period som togs upp i undersökningen. Andra bakgrundsfaktorer som fanns med i intervjuundersökningen var bland annat utbildning, om man flyttat från hemtrakten, föräldrarnas socialgrupp, om man växt upp tillsammans med föräldrarna och om man sökt men ej fått arbete. Resultatet av de sistnämnda frågorna visade inte på några större skillnader mellan huvudgrupperna i undersökningen.[1]

3.1.1 Kön

En av de mest framträdande tendenserna i undersökningen är att en så hög andel kvinnor är deprimerade. Kön var en av de tre variabler som konstanthölls vid urvalet av kontrollgruppen och därför kan resultatet enbart diskuteras utifrån patienturvalet. Av dem som tog psykiatrisk kontakt första gången under perioden 1971—1976 var närmare 80 % kvinnor.

Kvinnornas höga andel bland dem som blir deprimerade finns bekräftad i många epidemiologiska undersökningar (se t.ex. Essen-Möller 1956, Essen-Möller och Hagnell 1961, Sörensen & Strömgren 1961). I Låginkomstutredningens hälsodel angav 2,4 % av männen och 4,8 % av kvinnorna att de hade varit deprimerade under de senaste 12 månaderna. Kvinnorna var överrepresenterade i samtliga ålderskategorier.

Pauline Bart (1974), en amerikansk sociolog, har närmare studerat depressioner framför allt i kvinnans övergångsålder. Dessa s.k. involutionsdepressioner antas i traditionell psykiatri i första hand vara en följd av hormonella förändringar. Bart granskade 533 kvinnors journaler och gjorde dessutom intervjuer med 20 av dessa. Kvinnorna var i åldern 40 till 59 år. Hennes allmänna slutsats av studien var att depressionerna hade sin grund i rollförlust. Hon gjorde även kulturella jämförelser och fann, att i fyra kulturer där det fanns meningsfulla roller tillgängliga för kvinnor i 50-års åldern så betraktades inte medelåldern som speciellt svår.

Barts teoretiska antaganden, som främst hämtats från symbolisk interaktionism (även Beckers och Bibrings teori diskuteras), kunde bekräftas i undersökningen.

"Since one's conception of self is learned by the selective identification of certain roles which appear to be the most congruent, self-esteem stems from a sense of adequacy in the most salient roles. Because the most important roles for women in our society are those of wife and mother, one might predict that the loss of either of these roles could result in a loss of self-esteem—resulting in the feeling of worthlessness and uselessness that characterizes most depression." (s. 145.)

Bart betonar i resultatdiskussionen, att för kvinnorna i hennes urval var förlusten av modersrollen speciellt kritisk. Förlust av hustrurollen var också viktig, men denna förlust accentuerades inte speciellt i medelåldern. Kvinnorna, som in-

gick i vår undersökning, var i allmänhet yngre och därför torde inte just förlust av modersrollen ha haft så stor betydelse. Vad som kan sägas är, att problemen oftast har att göra med hemsituationen i någon mening. Männens problem har i betydligt högre grad varit kopplade till arbetssituationen.

En annan förklaring till den höga andelen kvinnor bland de deprimerade, som även Bart berör, är att i vår kultur accepteras det i högre grad att kvinnor är deprimerade än att män är det. Detta kan dock delvis vara ett cirkelresonemang, d.v.s. just själva faktum att många kvinnor är deprimerade tas som intäkt på att kulturen lättare accepterar deprimerade kvinnor.[2] Jag tror dock, att det finns en större tolerans mot kvinnor som är deprimerade och att de därigenom också lättare kan få sekundära vinster t.ex. sympati och omtanke. Man kan även betrakta depressionen som en lösning man tar till i en ohållbar situation. "Att välja" (medvetet eller omedvetet) nedstämdheten kan vara det enda sättet att för en själv och/eller andra göra situationen förståelig. En annan tänkbar lösning kunde vara att börja dricka sprit. Detta torde dock ge mindre sekundär vinst, om någon, för en kvinna. Kan det vara likartade problem som ligger bakom ett alkoholbeteende och ett depressivt beteende? Kanske är det så att kulturen "styr" symtomen. Det ligger nära till hands att göra ett sådant antagande, bland annat eftersom vi finner den omvända ojämna könsfördelningen bland alkoholister.

Det kan också vara intressant att i detta sammanhang något beröra aggressionens förhållande till depression. Inom det psykoanalytiska synsättet har man länge betraktat depression som inåtriktad aggression (se t.ex. Jakobson 1971). Drake & Price (1975) menar, att om man utifrån känslan av hjälplöshet kan reagera med aggression så kan detta underlätta för personen i fråga att konstruktivt försöka ta itu med problemen. Men de tillägger att aggressionen också kan leda till destruktiva handlingar som i sin tur ger skuld och därigenom förstärker hjälplösheten. Min poäng här är emellertid, att män över huvudtaget i större utsträckning än kvinnor tillåts (av kulturen) och är tränade i att reagera aggressivt. *En* förklaring till att män inte lika ofta är deprimerade kan alltså vara att de lättare kan agera ut sina besvikelser.

3.1.2 Erfarenhet och upplevelse av svåra händelser

En fråga i slutet av intervjun gällde om man varit med om några svåra händelser i vuxen ålder (efter 18 år) och hur allvarligt man upplevt dessa. För att reducera minnesfaktorn så mycket som möjligt frågade vi om ett begränsat antal specifika svåra händelser som skulle ha kunnat inträffa. Om samma typ av händelse inträffat flera gånger har den kodats som två svåra händelser. Följande svåra händelser togs upp i intervjun:

a) måst sluta att arbeta utan att själv ha önskat det,
b) någon man höll av avlidit,
c) blivit övergiven av någon som man tyckt om,
d) råkat ut för en allvarlig olycka eller sjukdom,
e) inträffat något som helt spolierat viktiga planer man haft.

Valet av just dessa händelser gjordes utifrån den psykiatriska litteraturen och efter diskussion med psykiatriker och sociologer. Jag tror, att dessa ganska väl täcker de händelser som betraktas som mest allvarliga för den enskilde i vårt samhälle. Bristen med sådana här specifika, isolerade, händelser är givetvis att man missar händelser som varar under en längre tid, d.v.s. mer svåråtkomliga processer som kan ha minst lika stor negativ inverkan.

Resultatet pekar mot, att de deprimerade har varit med om betydligt fler svåra händelser jämfört med de icke-deprimerade. Det genomsnittliga antalet svåra händelser är 2,3 respektive 1,6 (signifikant skillnad). Den vanligaste händelse som angavs var "någon man höll av avlidit" (68 %) följt av "blivit övergiven av sin partner" (28 %). Gruppen deprimerade hade i större utsträckning upplevt samtliga svåra händelser jämfört med de icke-deprimerade utom att någon av ens närstående avlidit. Det kan även nämnas, att intervjupersonerna anger något fler svåra händelser än närkontakterna i *samtliga* grupper. Det är också samma händelser som anges. Detta tyder på att händelserna verkligen inträffat och inte är en rationalisering som en deprimerad personlighet gjort (def. av deprimerad personlighet, se s. 16 f).

De flesta forskare som studerat svåra händelsers betydelse för depressioner, har begränsat sig till tiden strax före depressionen. En metodiskt strikt studie (välkontrollerad "hårddata"-undersökning) av Brown m.fl. (1973:b) visar emellertid, att "markedly threatening events may well play a part in the development of a disorder whose onset occurs more than a year later" (s. 168). Det intressanta med deras undersökning är att de gjort en jämförelse mellan deprimerade och en kontrollgrupp om hur vanliga händelser med olika svårighetsgrad varit under en 12 månaders period. Skillnaderna mellan de två grupperna är ganska små när det gäller de mindre allvarliga händelserna med en svag ökning strax före depressionen av händelser med moderat intensitet. De svåra händelserna inträffade dock oftare i depressionsgruppen under *hela* perioden. Författarna menar att detta indikerar, att dessa händelser kan ha haft en kausal betydelse och inte bara varit utlösande faktorer. Jag menar, att de händelser som finns med i vår undersökning just kan betraktas som svåra. Brown m.fl. (1973:a, 1973:b) för även en intressant metoddiskussion som jag tar upp i avsnittet om dominerande problem.

Det kan finnas två generella förklaringar till resultaten: 1) Mycket svåra händelser leder till (orsakar eller utlöser)[3] depressioner, 2) den deprimerade personligheten råkar oftare ut för svåra händelser. Den första typen av generell förklaring kan rymma många specifika förklaringar. Man kan dels anta, att den svåra händelsen sätter i gång en långvarig process där individen till slut inte längre orkar stå emot, utan går in i en depression. Ett sådant antagande stöds av Brown m.fl:s (1973:b) undersökning.

Ett annat antagande är, att det finns händelser som för nästan alla människor skulle upplevas som så traumatiska att de resulterade i en depression. Samtidigt är det ganska självklart att vissa människor har svårare för att känslomässigt klara av svåra händelser. Frågan är om man tolkar detta i biologiska och/eller psykolo-

giska och/eller sociologiska termer. Det antagande jag gör, vilket inte utesluter en biologisk förklaring, är att de med en depressiv personlighet (låg självaktning och få handlingsmöjligheter) har svårare att bemästra svåra händelser. Resonemanget förutsätter att de deprimerade i undersökningen i högre grad har en deprimerad personlighet än de icke-deprimerade. I den multivariatanalys jag gjort finns det resultat som pekar i den riktningen. *Oavsett* om man under den aktuella perioden varit deprimerad eller inte har de personer, som varit deprimerade tidigare och de som haft anhöriga vilka varit deprimerade, upplevt signifikant fler svåra händelser. Båda de nämnda variablerna menar jag tyder på en depressiv personlighet (se vidare s. 38 och s. 71 f).

Man kan även vända på orsakskedjan som jag gör i den andra typen av förklaring, d.v.s. att de med en depressiv personlighet lättare hamnar i situationer som kan karakteriseras som svåra händelser. Några av de presenterade händelserna rår man knappast över själv (t.ex. nära anhörigs död, vilken ej heller differentierar mellan grupperna), men flera kan man säkert råka ut för om man sätter upp orealistiska mål. Man kan exempelvis tro att ett förhållande som präglas av förtryck från den ena partnern skall utvecklas till ett jämlikt förhållande eller att man med mycket dåliga betyg skall bli antagen till en spärrad utbildning. Att vara orealistisk i synen på sig själv och omvärlden är just något som utmärker den depressive personligheten, enligt Beckers teori (se s. 114–116).

Det är också tänkbart, vilket kan ses som en tredje generell förklaring, att de med en depressiv personlighet lättare upplever yttre *negativa* händelser som *svåra* händelser och att de därigenom också lättare kan lokalisera dem. Denna tolkning får kanske inte helt stöd av närkontaktintervjuerna. Närkontakterna har i stort sett angett lika många händelser i båda grupperna. Men detta behöver inte motsäga den tredje generella förklaringen eftersom närkontakterna lättare kan ha uppmärksammat händelserna i depressionsgruppen eftersom de deprimerade reagerat så kraftigt. Närkontakterna och de icke-deprimerade har också varit samstämmiga, eftersom händelserna inte uppfattats som speciellt svåra av någon.

Resultat som stöder den sistnämnda generella förklaringen är att de deprimerade hade upplevt alla de fem typerna av svåra händelser som mer negativa än de icke-deprimerade. För samtliga typer av händelser var skillnaderna signifikanta. Här kan också nämnas en undersökning av Schless m.fl. (1974), som studerat hur en grupp inlagda patienter (främst med diagnosen neurotisk depression) skattade olika svåra händelser. Patientgruppen bedömde samtliga händelser som finns med i vår undersökning och en mängd andra händelser som mer allvarliga än vad en kontrollgrupp gjorde. Dessa skattningar var inte beroende av om man varit med om händelsen i fråga. Man kan dock inte utifrån den ovan refererade undersökningen säga något om den depressiva personligheten, utan enbart om den som blivit deprimerad.

3.1.3 Deprimerad före den aktuella femårsperioden

Frågan om man varit deprimerad före den period som frågorna avsåg gav ett av de mest differentierade resultaten med avseende på deprimerade och icke-deprimerade. Skillnaderna hade blivit ännu större om inte patientgruppen tagits ut med kravet att de skulle ha haft sin första psykiatriska kontakt efter 1971.

Tabell 3. *Andel i procent som varit deprimerade före den aktuella femårsperioden.*

	Ej deprimerad	Depr. kontroll	Patient
Depression före 1971	16	51	67
Ej depression före 1971	84	49	33
	100	100	100
	n = 118	n = 51	n = 67

Över hälften (60 %) av de som kategoriserats som deprimerade har alltså även varit deprimerad tidigare mot endast 16 % av gruppen icke-deprimerade. Skillnaden är givetvis signifikant, vilket inte skillnaden mellan patientgruppen och de deprimerade i kontrollgruppen är. Det är framförallt de med diagnosen neurotisk depression och endogen depression som varit deprimerade tidigare. Det senare är ju knappast överraskande eftersom de ofta erhåller dessa diagnoser p.g.a. att de varit deprimerade många gånger.

Om man söker efter intressanta tendenser i multivariatanalysen finner man bland annat, att hemarbetande i betydligt mindre utsträckning (cirka 25 % i samtliga tre grupper) haft en depression före 1971. En tänkbar förklaring till detta kan vara, att de hemarbetande ej utsätts för lika *många* risker som hotar självaktningen jämfört med de kvinnor som går ut i förvärvslivet eller studerar. Sedan är det en annan sak att risken när det inträffar något kan vara minst lika stor för den hemarbetande eftersom hennes självaktning i så hög grad är avhängig hemmet och familjen.

De allmänna slutsatser man kan dra av att en så stor andel av gruppen deprimerade har varit deprimerad tidigare överensstämmer i princip med dem som togs fram i avsnittet om svåra händelser (s. 35 ff). Dessa kan sammanfattas i följande fyra punkter:

1) Man har en depressiv personlighet som innebär att man lättare blir deprimerad när självaktningen hotas.
2) Man hamnar lättare i situationer där ens självaktning hotas, eftersom man har en depressiv personlighet, d.v.s. man har en orealistisk syn på sig själv och andra.
3) Man har lärt sig att depressionen är en tänkbar lösning på svårigheter i livet. Man har t.ex. tillskansat sig sekundära vinster som sympati vid tidigare depressioner.

4) Självuppfyllande profetia: "Det börjar kännas motigt; nu kommer väl den här depressionen igen" — depressionen utvecklas.

De tre sistnämnda faktorerna är samtliga på något sätt en följd av den första faktorn. Har man en depressiv personlighet, så hamnar man antagligen lättare i situationer som hotar självaktningen. Man ser depressionen med dess speciella språk som den enda lösningen och man tror på depressionens egen självständiga utveckling. Det kan vara viktigt att understryka att de två första punkterna anknyter till den kommande teoretiska analysen.

3.2 Tillståndet innan depressionen

Avsikten med huvuddelen av frågorna var att få fram de sociala relationer och handlingar man hade tillgång till när de depressiva problemen uppstod. Men hur avgör man *när* en depression började t.ex. för en person som sedan barndomen ständigt varit nedstämd? När började depressionen för den kvinna som alltmer känt sig nedtryckt av mannen och där en skilsmässa bidrog till det sista, avgörande, i den depressiva utvecklingen? Det var kanske först i samband med skilsmässan man kände sig *riktigt* nedstämd, men man kan under månader tidigare ha känt sig nedstämd.

Det är alltså en omöjlig uppgift att dra några klara gränser när en eventuell depression tar sin början. Den lösning jag valt är, att i hög grad förlita mig på intervjupersonerna. De har själva fått välja den första depressiva perioden under de senaste fem åren. För de personer som inte kunde uppge någon depressiv period har vi frågat om en period vilken de upplevt som mer negativ.[4] Periodens längd har kunnat variera mellan någon vecka och ett år. Efter lokaliseringen av en depressiv/negativ period har huvuddelen av frågorna ställts om hur det sociala mönstret var tiden innan. Intervjupersonerna har då som utgångspunkt haft de svar de givit på hur nusituationen var. För att komma åt den tid som var aktuell när depressionen började utvecklas och samtidigt fånga ett relativt stabilt relations- och handlingsmönster valdes tiden 6 månader innan depressionen.

Frågorna syftar alltså på de 6 månader som föregick den depressiva/negativa perioden. De svårigheter som skisserades tidigare kvarstår givetvis, men jag uppfattar ändå att intervjupersonerna i mycket liten grad haft problem med att ta fram det sociala mönstret tiden innan depressionen.

3.2.1 Partnerrelationen

Partnerrelationen syftar på den person som man var gift/sammanboende med, eller som man hade sällskap med och träffade regelbundet minst en gång var fjortonde dag. De flesta av intervjupersonerna (79 %) hade någon partner. Frågorna om hur partnerrelationen fungerade ställdes till de 91 % av de deprimerade och de 99 % bland de icke-deprimerade som upplevde partnern som betydelsefull.

3.2.1.1 Krav i partnerrelationen

Upplevelsen av att den andre ställer stora krav kan naturligtvis ha en mängd varierande innebörder. Det kan variera från att gälla små vardagliga detaljer till att omfatta hela ens person, d.v.s. om man i stort accepteras som den människa man är. Tanken bakom frågan, "om man upplevde att den andre ställde stora krav som var betungande", var i första hand att komma åt det sistnämnda. Om vi lyckades med detta är svårt att avgöra, men närkontaktintervjuerna antyder dock att frågan uppfattades ganska lika i de båda grupperna.

Förhållandet till partnern tycks ha mycket stor betydelse för om man skall bli deprimerad eller inte. När det gäller just frågan om stora krav fann vi mycket stora skillnader mellan grupperna.

Tabell 4. *Andel i procent som upplevde stora krav i partnerförhållandet.*

	Ej deprimerad	Depr. kontroll	Patient
Ej stora krav	86	68	44
Stora krav	14	35	56
	100	100	100
	n = 109	n = 43	n = 48

Nära hälften av gruppen deprimerade upplevde sålunda sin partnerrelation som mycket kravfylld tiden innan depressionen. Skillnaden mellan patientgruppen och de deprimerade i kontrollgruppen är dessutom betydande (nästan sign. 0.07). I patientgruppen varierar procentandelarna från 43 % (polikliniska patienter) till 88 % (neurotiska patienter) som anger stora krav i partnerrelationen. Kravvariabeln förefaller vara "självständig", d.v.s. det finns inga större samband mellan den och andra variabler. Det enda som kan noteras är, att *enbart* de icke-deprimerade har en relativt hög korrelation mellan krav i partnerrelationen och dominans i partnerrelationen samt antal funktioner i arbetet.

En tänkbar förklaring till resultaten kan vara, att man i efterhand bedömt relationen som mer kravfylld än vad den då egentligen upplevdes som, eftersom krisen följde på denna period. Man försöker sedan själv finna en förklaring till att man fick problem. Tanken att resultatet av denna fråga skulle tyda på rationaliseringar mer än på verkligt upplevda krav får emellertid inte stöd av t.ex. närkontaktintervjuerna. Närkontakterna till patienterna menade t.o.m. oftare än patienterna själva, att dessa hade upplevt den aktuella relationen som mycket kravfylld. Man kan givetvis inte bortse från, att närkontakterna kan ha fått denna uppfattning i efterhand genom patienternas berättelser. Inget talar dock för denna tolkning och det finns så mycket i patienternas egna berättelser som tyder på att det fanns stora krav med i bilden före depressionen.

Vad som kan bedömas vara ännu säkrare är att man *upplevde* att den andre ställde stora krav och bara detta förhållande i sig är viktigt att ta hänsyn till. Vi

kan alltså tolka frågan om krav på två sätt, dels faktiska stora krav och dels upplevda stora krav. Vilka konsekvenser får en relation som kännetecknas av stora krav? Man blir lätt uppbunden till den person som ställer kraven i synnerhet i det fall då det är en person som både betyder mycket för ens självaktning och som man träffar ofta. Man kan säga, att ens handlingsmöjligheter därmed begränsas av den andre personen. Om vi i stället utgår från att det enbart handlar om upplevda stora krav, väljer man kanske själv att begränsa handlingsmöjligheterna för att tillmötesgå det som man tror den andre önskar. Jag utvecklar den teoretiska tolkningen på s. 153.

3.2.1.2 Djup i partnerrelationen

Djup i partnerkontakten var en av de frågor som differentierade mest mellan deprimerade och icke-deprimerade. Den fråga som avsåg att mäta djupet i kontakten var: "Kan du prata med . . . om nästan allting?" Även denna fråga går det att uppfatta på en mängd olika sätt. Man kanske tar för givet att det finns vissa saker som det är omöjligt att prata om eller man har kommit så långt i en relation att mycket inte behöver sägas utan kan utläsas i ett tyst samförstånd. Frågan är tänkt att inbegripa det sistnämnda för den syftar på *om man skulle* kunna prata med den andre och inte om man i praktiken gjorde det.

Tabell 5. *Andel i procent som ansåg partnerkontakten var djup.*

	Ej deprimerad	Depr. kontroll	Patient
Ej djup kontakt	7	33	48
Djup kontakt	93	67	54
	100	100	100
	n = 109	n = 43	n = 48

Det var sålunda bara drygt hälften (6/10) av de deprimerade mot cirka 9/10 av de icke-deprimerade som menade att de kunde prata med sin partner om nästan allting. Man kan förmoda, att man kommer åt ungefär samma bakomliggande förhållande på denna fråga som på frågan om stora krav i relationen. Det statistiska sambandet visar sig dock vara mycket litet mellan dessa två variabler. En variabel som däremot hade hög korrelation med djup i partnerkontakten var grad av självständiga arbetsuppgifter, d.v.s. de som ej hade självständiga arbetsuppgifter hade ofta inte heller någon djup kontakt med sin partner. Detta statistiska samband gäller framför allt i patientgruppen (0.55) men saknas helt i gruppen icke-deprimerade. Det senare är emellertid inte speciellt anmärkningsvärt eftersom det var så få personer i denna grupp som uppgav dålig kontakt med partnern. Kan det vara så att bristande möjlighet till flexibilitet i arbetslivet får konsekvenser för flexibiliteten i privatlivet? Generellt kan man anta, att har man svårt att tillägna sig handlingar inom ett område, så försvåras möjligheten att tillägna sig

handlingar inom andra områden.

Att ha förmågan att tala med varandra, menar jag, tyder på handlingsmöjligheter. I detta fall möjligheter att i en svår situation kunna prata om tänkbara alternativ att komma ur krisen, att ge varandra stöd och att tillsammans komma fram till hur en dyster situation kan ha uppstått. Nedan presenterar jag en av de intervjuer som gjordes och där jag tror att just den nära, djupa kontakten mellan mannen och kvinnan samt även till andra personer bidrog till att hon ej blev deprimerad.

A är en kvinna i fyrtio-årsåldern som ej kunnat nämna någon depressiv period. Hon har sedan ett tiotal år tillbaka arbetat på samma firma som lagerbiträde. A har trivts bra på arbetet och har haft ett gott förhållande till sina arbetskamrater. Med två av kvinnorna på kontoret ansåg hon sig kunna prata om nästan allting. Hon föreföll att ha ett fint förhållande till sin man. A bodde med sin man i ett enkelt, mycket typiskt arbetarkvarter. Jag fick möjlighet att intervjua båda vid samma tillfälle. De verkade både mycket rättframma i sina svar och jag fick för övrigt ett sympatiskt intryck av dem.

Ett par år tidigare hade man konstaterat att kvinnans far hade lungcancer (modern hade avlidit 15 år tidigare). Det som egentligen gjorde henne mest ledsen var att läkarna först hade gett henne hopp om att han skulle klara sig, men att det sedan visade sig att han blev sämre och sämre. Det blev mycket nattvak vid pappans sjukbädd, vilket givetvis också inkräktade på arbetet som kändes tyngre. Men för övrigt klarade hon av den svåra situationen förvånansvärt bra. Maken ställde upp och hjälpte A att sköta pappan. Han menade också att de kom varandra närmare under den här tiden. De hade inget större umgänge, utan det var mest med mannens föräldrar som de tillbringade fritiden. Båda uppfattade att mannens föräldrar också var A:s föräldrar. Förutom dessa personer hade en gammal arbetskamrat som även var släkt med A haft stor betydelse för att hon klarade av den svåra tiden utan att bli deprimerad. Denna kamrat befann sig i samma situation som A, hon hade också en far som hade cancer. De träffades flera gånger i veckan och gav varandra stöd. A menade också att arbetet och att åka ut i naturen tillsammans med mannen hade gjort det lättare att komma över problemen.

Maken bekräftade den bild som A hade givit av perioden och menade att han nog varit minst lika ledsen i samband med svärfaderns sjukdom. 'A och jag hade precis samma tankar.' Samtidigt som man fick besked om cancern låg mannen sjuk i lunginflammation. Maken menade att A och pappan hade haft en mycket fin gemenskap, de hade varit tillsammans hela tiden sedan 9-årsåldern och hon kände pappan mycket väl.

3.2.2 Föräldrarelationen

Det var 2/3 av de intervjuade, som hade någon av sina föräldrar i livet, som pratade regelbundet med dem och som betraktade dem som betydelsefulla. Det var alltså dessa personer som fick frågorna om krav, djup och dominans i föräldrarelationen. För att begränsa omfånget på intervjun särskildes inte de båda föräldrarna i de olika frågorna, men flera av de intervjuade gjorde detta ändå i sina svar. Har man haft en problematisk relation till enbart någon av föräldrarna är det detta som beaktats.

3.2.2.1 Dominerande föräldrar

Frågan om dominans hade följande lydelse: "Vem anser du under denna period hade mest att säga till om, du eller dina föräldrar?" Det krävdes alltså av intervju-

personerna att de försökte göra en generell bedömning. I stort uppfattar jag att denna fråga var en av de dimensionsfrågor som det var minst svårigheter att svara på.

Tabell 6. *Andel i procent som uppfattade att föräldrarna dominerade.*

	Ej deprimerad	Depr. kontroll	Patient
Ingen dominans	86	62	71
Dominans	15	38	29
	101	100	100
	n = 83	n = 34	n = 41

Skillnaden mellan icke-deprimerade och deprimerade är signifikant. I kategorin "ingen dominans" finns även de som menade att de själva dominerade över sina föräldrar (2 % i patientgruppen och 15 % i kontrollgruppen).

Vilken betydelse kan det ha i en depressiv utveckling att ens föräldrar är dominerande? Jag tror, att dominerande föräldrar på två sätt kan forma en depressiv personlighet, d.v.s. en person som har svårare för att klara av besvärliga personliga problem. Det torde innebära att man inte i lika hög grad kan tillägna sig handlingar som man själv finner tillfredsställande. Att ibland sakna möjlighet att styra sina handlingar får även negativa följder på självaktningen. När man studerar sambandet med andra variabler framträder ett intressant mönster. Dominans i föräldrakontakten hänger samman med krav från föräldrarna, med högre utbildning och med att man inte trivs med sina arbetsuppgifter. Detta menar jag stöder antagandet, att dominanta föräldrar försvårar barnens möjligheter att tillägna sig handlingar som de finner positiva.

3.2.2.2 Djup kontakt med föräldrarna

Det visade sig, liksom i förhållandet till partnern, att det var stora skillnader mellan grupperna angående upplevelsen av djup i kontakten med föräldrarna. Det kan vara intressant att notera, att det statistiska sambandet mellan "djup i partnerrelationen" och "djup i föräldrarelationen" är relativt litet för samtliga tre huvudgrupper. Detsamma gäller relationen till andra personer beträffande denna fråga. Dessa resultat tyder på att detta att få djup kontakt med någon inte är en förmåga som man har eller inte har. I stället talar det för att det handlar om problem i vissa specifika relationer. När det gäller just "djup kontakt med föräldrarna" har den variabeln endast ett större statistiskt samband med variabeln "krav i föräldrarelationen".

Innan vi studerar resultaten i tabellform kan det vara viktigt att påpeka, att närmare 20 % i kontrollgruppen och närmare 30 % i patientgruppen *inte* ansåg att det var viktigt vad föräldrarna tyckte om dem. Till dessa har sålunda inte frågan om "djup i kontakten" ställts.

Om man sedan enbart ser på frekvensen i kontakten mellan föräldrarna och barnen är den lägre i patientgruppen jämfört med i kontrollgruppen. Bara detta förhållande kan ju tyda på bristande djup kontakt. Tillsammans torde dessa resultat understryka den tendens som framkommer i tabellen.

Tabell 7. *Andel i procent som ansåg sig ha djup kontakt med föräldrarna.*

	Ej deprimerad	Depr. kontroll	Patient
Ej djup kontakt	31	44	59
Djup kontakt	69	56	42
	100	100	101
	n = 83	n = 34	n = 41

Jag ämnar inte här upprepa den diskussion som fördes i samband med frågan om djup i partnerrelationen. Det man kan anta är helt enkelt att en öppen relation till sina föräldrar torde ha betydelse för om man skall bli deprimerad eller inte.

3.2.3 Fritidssituationen

3.2.3.1 Tillgång till fritidsaktiviteter

Jag hade förväntat mig stora skillnader mellan gruppen deprimerade och icke-deprimerade beträffande hur många olika aktiviteter man ägnade sig åt. Om man tar antalet fritidsaktiviteter som man utövade regelbundet oftare än var fjortonde dag, är medelvärdet exakt detsamma i båda grupperna (drygt tre fritidsaktiviteter). Skillnaden mellan patientgruppen och deprimerade i kontrollgruppen är också obetydlig.

Varför har vi här fått ett resultat som knappast stämmer överens med Beckers tes om att den deprimerade personen har tillgång till få handlingar? Den allmänna slutsats, som jag finner mest sannolik, blir att fritidsaktiviteternas betydelse för självaktningen är obetydlig jämfört med partnerrelationens och föräldrarelationens betydelse. Om man ser på antalet fritidsaktiviteter vid intervjutillfället (d.v.s. efter depressionen), ägnade sig gruppen deprimerade (framför allt patientgruppen) t.o.m. åt flera fritidssysselsättningar än de icke-deprimerade. Är det möjligen så, att de kompenserar det misslyckande de upplever i familjelivet genom att göra åtminstone något som de kan styra?

En indikator på om det ligger något i det sistnämnda antagandet kan man få genom att studera vilken typ av fritidsaktiviteter som var vanligast i de olika grupperna. Jämfört med de övriga grupperna var dans och föreningsaktivitet vanligast i patientgruppen samt bland de deprimerade i kontrollgruppen sport och kultur. Sportaktiviteter var också relativt vanligt bland de icke-deprimerade. Det intressanta var att de senares sportutövning i högre grad krävde andra aktörer, medan de deprimerade i kontrollgruppen ägnade sig mer åt promenader, cykeltu-

rer o. dyl. Skillnaden i aktivitetsmönster mellan grupperna är ganska små, men det visar ändå på en viss tendens. De deprimerade och i synnerhet patientgruppen, ägnar sig mer åt aktiviteter där man *söker* kontakt med andra. De icke-deprimerade, och i viss mån de deprimerade i kontrollgruppen, ägnar sig mer åt aktiviteter som *kräver* eller där man redan *har* kontakt med andra. Dessa resultat, menar jag, motsäger inte tanken på att de deprimerade söker kompensation för frustrering i familjelivet genom att ägna sig åt olika fritidsaktiviteter.

Ett annat sätt att komma åt det oväntade resultatet är att undersöka vilka andra variabler som tycks hänga samman med att man ägnar sig åt många fritidsaktiviteter. Det visar sig att de i gruppen icke-deprimerade, som gör många olika saker på fritiden, också har många betydelsefulla arbetskontakter, många djupa arbetskontakter och många olika funktioner i arbetet. Det är det mönster man kan förvänta sig av den flexibla människan, men det intressanta är att *inga* av dessa variabler korrelerar med fritidsaktiviteter i de båda depressionsgrupperna. Jag menar, att detta styrker antagandet, att just fritidsaktiviteterna har mycket lite att göra med den deprimerade personlighetens självaktning. Den är i så hög grad avhängig förhållandet i familjen samt i viss mån förhållandet i arbetet. För den icke-deprimerade personligheten kan däremot tillgången till olika fritidsaktiviteter ha en viss betydelse för tillfredsställelsen.

3.2.3.2 Tillgång till sociala fritidsaktiviteter

Om man preciserar fritidsaktiviteterna till att omfatta enbart *sociala* aktiviteter, så borde detta ha ännu större anknytning till Beckers teori. Men inte heller med denna precisering kunde hypoteserna bekräftas. Skillnaderna mellan grupperna, vad avsåg hur många aktiviteter man gjorde tillsammans med sina bekanta, var sålunda mycket små. Jag finner i det här sammanhanget samma tolkning som när det gällde fritidsaktiviteter i allmänhet vara mest rimlig, d.v.s. de sociala fritidsaktiviteternas relativa betydelse för självaktningen är liten.

Det enda riktigt höga statistiska sambandet med andra variabler finner vi bland de deprimerade i kontrollgruppen. De som har tillgång till få sociala aktiviteter har också växt upp i splittrade hem (0.46). De som har denna bakgrund tycks alltså inte ha kunnat skaffa sig så många intressen som man utövar tillsammans med andra. Men att detta samband enbart gäller deprimerade i kontrollgruppen har jag svårt att finna en förklaring till. En tolkning kan förstås vara att även om korrelationen är signifikant baserar den sig inte på så många individer som växt upp i splittrade hem. Det räcker med andra ord att de flesta av dessa (6 personer) har tillgång till få sociala aktiviteter för att man skall få en relativt hög korrelation.

Det omvända resonemanget kan också föras. I en sådan här undersökning där man jämför stora grupper med varandra (då vi inte som ovan bryter ner variablerna) går lätt individuella samband förlorade. Även om brist på sociala aktiviteter kan vara av stor betydelse för en handfull personer så reducerar det statistiska medelvärdet denna betydelse till ett minimum. Fallet G kan möjligen tjäna som ett exempel på en person där bristen på sociala aktiviteter bidrog till depressionen.

G är en kvinna i 25-årsåldern som är uppvuxen i en arbetarfamilj i Norrland. Hon tog kontakt med psykiatriska kliniken för fyra år sedan p.g.a. en depression som hon trodde berodde på att hon slutade äta p-piller. Intervjuaren bedömer att intervjun i detta fall fungerade klargörande. G upptäckte i intervjusituationen till sin förvåning att depressionen eventuellt kan ha haft samband med hennes livssituation. Det fanns flera faktorer som var besvärliga tiden innan depressionen.

Hon hade alltså slutat med p-piller och gick därefter upp i vikt rätt mycket. G var då nyinflyttad till Uppsala och kände stor saknad efter sin bästa vän. Hon drog sig undan kontakter. G upplevde stor tristess med hela tillvaron vilket resulterade i att hon tröstät så mycket att hon kräktes ibland. De enda fritidsintressen hon hade då var att läsa böcker, handarbeta och någon gång åka ut i naturen eller gå på bio. När hon företog sig något gjorde hon det nästan alltid ensam. Tiden innan depressionen hade hon ett löst förhållande med en man, ett förhållande som präglades av dominans och krav från hans sida samt svårigheter att nå varandra. Efter det att G hade flyttat till Uppsala längtade mamman som bodde i en norrlandsstad mycket efter sin dotter. G tyckte också avståndet dem emellan var stort och detta gav henne lite skuldkänslor för att hon flyttat. Anledningen till att hon flyttade till Uppsala var att få ett arbete som laboratorieassistent. Första tiden på arbetet var också svår eftersom det fanns två läger på arbetsplatsen och hon kände sig utanför.

Vi ser här att det är många negativa faktorer som kan ha bidragit till depressionen, ingen är självklar eller speciellt framträdande, men tillsammans gör de depressionen förståelig. Det handlar kanske inte så mycket om att vara ensam ibland, att ha begränsade intressen som man utövar tillsammans med andra, utan mer om att *helt* vara utlämnad åt sig själv (alltså utan att självmant ha sökt ensamheten).

3.2.3.3 Initiativ till sociala aktiviteter

Det finns fler frågor som inte gav de förväntade skillnaderna till resultat. Men det var endast på en fråga, där vi erhöll en *signifikant* skillnad, som gick i motsatt riktning till vad som förväntats. Det gällde frågan, om vem som oftast tog initiativ till de sociala aktiviteter man nämnt, de själva eller andra.

Tabell 8. *Andel i procent av de sociala aktiviteter man tog initiativ till.*

	Ej deprimerad	Depr. kontroll	Patient
De själva	28	37	42
Båda eller den andre	72	63	58
	100	100	100
	n = 124	n = 51	n = 67

Skillnaden mellan deprimerade och icke-deprimerade är också lika stor om man enbart ser till *antalet* sociala aktiviteter man tar initiativ till.

Hypotesen var alltså, att de som har benägenhet för att bli deprimerade ofta är ganska passiva människor, d.v.s. låter andra ta initiativ till olika handlingar. Nu

angav i stället de deprimerade att de relativt oftare tog initiativ till olika aktiviteter jämfört med de icke-deprimerade.

Denna fråga hade den sämsta överensstämmelsen mellan intervjupersonernas uppfattning och närkontakternas uppfattning. Hela 40 % av närkontakternas svar avvek från IP-gruppernas svar. Detta är anmärkningsvärt eftersom detta är kanske den fråga där närkontakterna borde ha den största inblicken. I de flesta fall gällde det om intervjupersonen eller närkontakten oftast tog initiativ till den aktuella fritidsaktiviteten. Den största avvikelsen svarar patientgruppen för, deras anhöriga menade att patienterna inte så ofta tog initiativ till aktiviteter som de själva ville göra gällande. I kontrollgruppen (i synnerhet de deprimerade!) ansåg man sig ta mindre initiativ än vad närkontakterna uppgav. En förklaring till resultaten kan vara att patienterna själva anser sig ta initiativ, men att budskapet inte går fram till de anhöriga. Detta kan i sin tur bero på dålig lyhördhet, dubbla budskap o.s.v. En annan tänkbar förklaring är att de i patientgruppen i verkligheten inte tar särdeles många initiativ (motsäger ej den förra förklaringen), men att de inför sig själva och/eller andra önskar framhålla att de ändå gör det. Denna tolkning överensstämmer med det som framkom vid jämförelsen mellan närkontakterna och intervjupersonerna på de frågor som hade ett negativt innehåll (krav, dominans). Vad detta resultat kan tyda på diskuterar jag på s. 29.

Vad som också stöder det sistnämnda antagandet är att det i patientgruppen är kvinnorna som främst anser att de tar initiativ (45 % mot 26 % för männen). I kontrollgruppen är det däremot något vanligare att mannen tar initiativ, vilket man borde förvänta med det könsrollsmönster som finns i vårt samhälle.

3.2.3.4 Tillgång till fritidskontakter

Om man studerar hur många personer man regelbundet brukade umgås med på fritiden, förutom familjemedlemmarna, skiljer sig inte detta resultat från det som redovisades i de två första avsnitten om fritidssituationen. Jag hade förväntat mig, att de icke-deprimerade skulle ha det största umgänget, de deprimerade i kontrollgruppen något mindre och patientgruppen det minsta umgänget. Samtliga tre grupper hade i genomsnitt kontakt med cirka tre enheter som man träffade regelbundet oftare än var 14:e dag. Begreppet kontaktenhet syftar på de personer som man träffar i samma sammanhang, som man träffar ungefär lika ofta och som betyder ungefär lika mycket.[5] När man inte tar hänsyn till kontakt*enheter* så är det en viss skillnad mellan grupperna. De icke-deprimerade umgås med cirka 10 personer, de deprimerade i kontrollgruppen med cirka 9 personer och de i patientgruppen med cirka 7,5 personer (medelvärdet inbegriper även dem som man träffar regelbundet mindre ofta än var 14:e dag). Det är antagligen inte särdeles vanligt, vilket resultatet tyder på, att en stor umgängeskrets kan ha en märkbar positiv inverkan vid svåra personliga problem. Men låt oss se på ett fall där det är tänkbart att mannen i fråga klarade sig ifrån en depression bland annat p.g.a. ett varierande arbete och många vänner.

K är en man i 30-årsåldern. Han genomgick en skilsmässa för ett år sedan utan någon depression som följd. Det finns inget anmärkningsvärt i hans uppväxt, mer än att hans mor var deprimerad och inlagd på psykiatrisk klinik när K var 10 år gammal. Han nämner också att han kände en press på sig att ordna med begravningen när hans far avled för några år sedan.

K har ett självständigt och mångskiftande arbete. Han är delägare i en firma. Arbetet innebär att han åker runt i Uppsala län och levererar och hämtar varor. Han sköter även om mycket annat på firman. Perioden innan skilsmässan läste han dessutom på kvällsgymnasium.

Han var alltså borta mycket på kvällarna, frun träffade en annan man. Det var hustrun som önskade en skilsmässa. K menar, att de hade en djup kontakt med varandra, men att hustrun ställde krav och dominerade honom. Han tog inte skilsmässan så hårt. K hade dock skuldkänslor och ville fortsätta äktenskapet, men accepterade att frun ville skiljas. Hans föräldrar var oroliga för att han inte skulle klara av det, men de blev förvånade att det gick så bra. K tycker inte att man skall gräva ner sig i problemen, utan aktivera sig, vilket han gjorde så fort han flyttade hemifrån. Han är nu med i ett gäng med fyra kompisar som ofta går ut tillsammans. De har också bildat en klubb för frånskilda som träffas en gång i månaden. Han umgås också regelbundet med tre olika kvinnliga bekanta.

Det finns inget i K:s bakgrund, förutom moderns depression, som tyder på en depressiv personlighetsutveckling. Nu är det givetvis svårt att veta hur mycket K:s fru betydde för honom och hans liv. Möjligen kan han ha förträngt besvikelsen. En slutsats man kan dra av detta fall är, att för personer som ej har utvecklat en depressiv personlighet kan många bekanta vara av betydelse för om man blir deprimerad eller klarar upp en depression hjälpligt. Man kan precisera slutsatsen efter att bland annat tagit del av svaren på frågorna om dominans, krav och djup, att innehållet i fritidskontakterna torde spela större roll för en depressiv utveckling än omfånget fritidskontakter.

3.2.4 Arbetssituationen

Många frågor i intervjun syftade på arbetssituationen, men enbart ett par frågor gav upphov till några större skillnader mellan grupperna. Det var dels hur många funktioner man hade i arbetet och dels om arbetsuppgifterna var självständiga. Den sistnämnda faktorn behandlas nedan i ett speciellt avsnitt. Med funktioner i arbetet menas arbetsuppgifter som har mycket litet med varandra att göra (tids-, rums- och nivåmässigt). De deprimerade hade i genomsnitt färre funktioner i sitt arbete jämfört med de icke-deprimerade (24 % respektive 30 % hade två eller flera funktioner), skillnaden var dock inte signifikant. Frågan om socialgrupp och typ av arbete diskuteras i kapitlet om vad som utmärker dem som tar psykiatrisk kontakt.

3.2.4.1 Arbetsrelationerna

En av de många hypoteser som inte bekräftades var att de deprimerade hade färre kontaktenheter på arbetet än de icke-deprimerade. Resultatet gick visserligen i den riktningen, men var inte signifikant. Om man emellertid inte gör indelningen i enheter, så hade de icke-deprimerade signifikant flera som man samtalade regel-

bundet med på arbetet. Vid en jämförelse med nusituationen finner man i stort sett samma skillnader mellan grupperna. Man anger något fler kontakter i samtliga grupper, vilket tyder på att minnesfaktorn troligtvis har samma inflytande på resultaten i alla tre grupperna.

Tanken bakom hypotesen var, att många kontakter på arbetet tydde på många handlingsmöjligheter. Men för flera i depressionsgrupperna tycks många arbetskontakter sammanfalla med negativa komponenter. I patientgruppen finns det ett statistiskt samband mellan antal arbetsenheter och andel dominanta arbetsenheter (0.47). Bland de deprimerade i kontrollgruppen korrelerar arbetsenheter med andel kravenheter i arbete (0.40). Inget av dessa samband finns i gruppen icke-deprimerade.

När man enbart tar hänsyn till innehållet (djup, krav, dominans) i arbetsrelationerna finner man inga signifikanta skillnader mellan grupperna. Jag hade förväntat mig att de deprimerade skulle ha varit mer utsatta för besvärliga arbetsrelationer. Jag tror, att man kan göra samma tolkning här som gjordes om fritidsrelationerna, d.v.s. att arbetskontakternas relativa betydelse är begränsad om man jämför med partnerkontakten och föräldrakontakten. Samtidigt kan dåliga arbetsrelationer i enstaka fall vara av avgörande betydelse och framför allt förvärra en tidigare svår situation.

3.2.4.2 Självständigt arbete

Den fråga av arbetssituationsfrågorna vilken gav de största skillnaderna mellan de olika grupperna var om man uppfattade sig ha ett självständigt arbete. Frågan ställdes enbart till dem som var yrkesarbetande (andelen yrkesarbetande var något högre i kontrollgruppen än i patientgruppen).

Tabell 9. *Andel i procent av de yrkesverksamma som upplevde sitt yrke som självständigt.*

	Ej deprimerad	Depr. kontroll	Patient
Självständigt	70	56	50
Något självständigt	11	15	15
Ej självständigt	19	29	35
	100	100	100
	n = 104	n = 41	n = 52

I gruppen icke-deprimerade upplever alltså 70 % att de hade ett självständigt arbete mot 53 % i gruppen deprimerade (signifikant skillnad). Det är biträdespersonal och ej facklärda arbetare som inte överraskande i första hand anser att de har ett osjälvständigt arbete. Det intressanta är att den allmänna skillnaden mellan deprimerade och icke-deprimerade i lika höga grad finns för dessa yrkeskategorier (exempelvis så menar 29 % av biträdespersonalen i gruppen deprimerade att de har självständiga arbetsuppgifter jämfört med 47 % i gruppen icke-deprimerade).

Jag kan här i stort tänka mig tre förklaringar vilka inte behöver utesluta varandra: att den depressiva personligheten har "färgat av sig" på hur man upplevde arbetssituationen, att de med en depressiv personlighet söker sig till osjälvständiga arbetsuppgifter och att osjälvständiga arbetsuppgifter underlättar en depressiv utveckling.

3.2.5 Det dominerande problemet

Ett viktigt avsnitt av intervjun var ostrukturerad. Efter det att intervjupersonerna fått erinra sig en depressiv, alternativt en negativ period bad vi dem berätta något om vad som låg bakom denna period. Vi försökte utröna om själva problemet hade något att göra med IP:s relationer och aktiviteter. I flera fall gav denna fråga upphov till relativt omfattande samtal om problemet och dess bakgrund. Utifrån de sammanfattande referaten, som gjordes av intervjuarna i formuläret, har jag kategoriserat (i tveksamma fall efter diskussion med berörda intervjuare) problemkomplexet i nio kategorier. Valet av just dessa nio kategorier grundar sig på det som oftast tas fram i den psykiatriska litteraturen om depressioner. Man talar då i allmänhet om utlösande faktorer.[6]

Brown m.fl. (1973:a) ställer sig mycket tveksam till undersökningar där man förlitat sig på patienters eller anhörigas utsagor om utlösande faktorer. De menar, att dessa tenderar att överdriva olika händelsers betydelse för depressionen. Brown m.fl. löste detta problem genom att enbart ta med händelser de själva definierat och som kunde lokaliseras till en viss tidpunkt. Men i en påföljande rapport (Brown m.fl., 1973:b) tar de fram svårigheter med sitt angreppssätt.

"Nor is it reasonable to reach any sort of final conclusion about the proportion of patients involved in a total environmental effect without a complex analysis that takes account of a whole range of other social influences such as long-term social problems not the result of a life-event in the period studied, frequency and range of social contacts, quality of marriage, amount of social support, and so on." (s. 171.)

Vad som ytterligare kan invändas mot dessa forskares angreppssätt är, att oavsett om en yttre betraktare anser den angivna orsaken vara trivial, kan den för den enskilde individen få högst betydande konsekvenser. Jag anser alltså, att man får mer "sanna" uppgifter om man förlitar sig på den människa som upplevt en lång händelsekedja än om en "objektiv" forskare försöker plocka ut enstaka, betydelsefulla, händelser i förväg. Samtidigt, vilket motsäger det Brown säger om den deprimerades tendens att överdriva, finner jag att de som har en deprimerad personlighet ofta har mycket svårt att finna förklaringar till sitt tillstånd. Denna slutsats baserar jag på resultatet från denna undersökning samt från Beckers teoretiska resonemang.

Den lösning jag valt för denna undersökning är en blandning av olika förekommande angreppssätt. Patienternas berättelser har i hög grad styrt den gjorda kategoriseringen. I de fall flera problemområden berörts har vi bedömt vilket som tycks ha haft störst betydelse för om depressionen skulle utvecklas. Vidare har vi inte sökt enstaka, utlösande faktorer, utan problemet kan likaväl ha varit en sam-

mansatt process (dock avgränsat till 6 månader innan depressionen). Problemtyperna "andra problem", "svårigheter i arbetet eller med studierna" och "familjeproblem" visade sig dock svårbedömda, d.v.s. problem där det ofta handlar om sammansatta processer. Just dessa problemtyper har också resulterat i dålig överensstämmelse mellan IP-intervjuer och närkontaktintervjuer (i den oberoende kategoriseringen fördes enbart hälften till samma problemtyp).

Av gruppen icke-deprimerade ingår inte 27 intervjupersoner i de gjorda beräkningarna, eftersom de inte har kunnat ange någon negativ period under de senaste fem åren.

Tabell 10. *Det dominerande problemet i procentandelar.*

	Ej deprimerad	Depr. kontroll	Patient
Förlust av anhörig	11	12	7
Förlust av arbete	2	4	4
Svårigheter i arbetet eller med studierna	28	28	8
Somatisk sjukdom	17	10	9
Separation	2	18	21
Problem i parförhållandet	4	8	7
Familjeproblem	13	18	12
Inget speciellt	3	2	12
Andra problem	20	8	22
	100	100	100
	n = 97	n = 51	n = 68

Separation visar sig vara en av de vanligaste faktorerna bakom en depression. En mycket liten andel av de intervjuade tycks ha klarat av en separation utan att få en depression. Endast 2 av 11 personer i kontrollgruppen utvecklade inte någon depression när det dominerande problemet var separation. Men på frågan om man varit med om några svåra händelser och hur dessa upplevts, visar det sig att många bland gruppen icke-deprimerade blivit övergivna av partnern utan depression som följd. Arbetssituationen tycks inte särdeles ofta vara den direkta anledningen till en depression i patientgruppen, vilket däremot är fallet i kontrollgruppen. Man kan även notera, att en stor andel av patientgruppen har ett dominerande problem som kategoriseras till restkategorin "*Andra problem*". De vanligaste problemen inom denna kategori är att man kände sig isolerad (och gjort misslyckade försök att bryta isoleringen), hade ekonomiska problem och svårigheter i samband med graviditet. Det kan vara intressant att se på ett fall där jag uppfattar att det dominerande problemet är ensamhet.

N är en ensamstående yngre kvinna som haft poliklinisk kontakt med psykiatriska kliniken under samma år som intervjun gjordes. Hon var fortfarande rätt nere när vi gjorde intervjun, men kom ihåg bra eftersom frågorna gällde en näraliggande period. Intervjun tog mycket lång tid, eftersom N tydligen hade ett stort behov av att prata om hur hon kände sig.

Tiden före depressionen hade N arbetat ett år inom vårdsektorn. Hon trivdes bra med arbetet, men ansåg att det var så självständigt att det blev rörigt. Hon bodde tillsammans med sin syster, men tyckte inte att de hade speciellt djup kontakt. Bästa kontakten hade hon med en väninna som hon träffade mer sällan p.g.a. att hon bodde i Västerås. För övrigt umgicks hon på fritiden med en arbetskamrat och mer sällan med sina två bröder. I början av 1975 isolerade hon sig och tyckte inga intressen var roliga längre. Hon tyckte inte hon levde något eget liv utan bara försökte hålla skenet uppe. Det fanns ingen hon kunde prata ut med.

N växte upp i en arbetarfamilj i en stad i Norrland. Pappan arbetade på sågverket och modern var hemmafru. Mamman var mycket nervös vilket t.ex. yttrade sig i att hon kedjerökte. N har nu mycket liten kontakt med föräldrarna och kontakten är av negativ karaktär med bland annat stora krav från föräldrarnas sida.

Vi fick även göra en intervju med N:s syster. Systern verkade rätt osäker på hur relationerna egentligen var som hennes syster hade. Men systern tyckte det var skönt att prata om det här med någon eftersom hon hade en rätt jobbig tid själv då. N:s syster anger i stort samma förklaring till depressionen som N själv, d.v.s. att hon kände sig ensam och hade svårt att få kontakter. N hade svårt för att upprätthålla ytliga kontakter, ville ej förställa sig utan vara sig själv. Systern anser att N engagerade sig för hårt i jobbet. Hon visade mycket känslor och patienterna ställde för stora krav på henne p.g.a. detta. N gick ganska ofta ut med systern och dansade men upplevde detta ofta som meningslöst. Hon blev ibland ledsen för att hon inte fick dansa så mycket.

Ett dominerande problem för N, även om det aldrig sägs rent ut, förefaller vara att hon inte har någon riktigt nära pojkvän som hon kan anförtro sig åt. Systern anger att N en gång blivit övergiven av en pojkvän och detta resulterade i en depression. Denna händelse tar N inte själv upp.

Förlust av anhörig är något som nästan samtliga människor någon gång drabbas av. Risken är dock större ju äldre man blir att någon nära anhörig skall dö. En anledning till varför just denna problemtyp inte utgör en särdeles stor andel av samtliga problemtyper har att göra med åldern på intervjupersonerna som var mellan 25 och 50 år. Den svåra frågan var man drar gränsen mellan sorg och depression har jag berört tidigare (se s. 14f). Vad kan det bero på att en naturlig sorg mycket lätt utvecklas till en depression? Benton (1972) poängterar, att det väsentliga är om man stod i ett betydande beroendeförhållande till det objekt som gick förlorat och inte om man t.ex. älskade den som lämnade en.

Man skulle kunna förvänta sig att *förlust av arbete* var ett ganska vanligt problem bakom en depression. En förklaring till att det inte var så vanligt kan sökas i att intervjupersonerna till 80 % utgjordes av kvinnor. Totalt var cirka 1/3 endera hemarbetande eller studerande, d.v.s. många kunde helt enkelt inte bli arbetslösa. Vi finner också, om vi ser på frågan om svåra händelser, att mindre än 10 % av samtliga intervjuade har måst sluta något arbete i vuxen ålder. Om man jämför med de andra svåra händelserna är det ännu intressantare att notera, att av de fem svåra händelserna vi tog upp i intervjun (se s. 35) så har man upplevt förlust av arbete som minst allvarligt. Jag tror, att vi även här finner en förklaring till detta resultat i kvinnornas höga andel av intervjupersonerna. Det är nästan bara män i kontrollgruppen som angivit förlust av arbete som ett dominerande problem. I diskussionen om den höga andelen kvinnor som är deprimerade påtalades familjens relativt stora betydelse. Man kan även vända på detta resonemang och

säga, att handlingar utanför familjen i allmänhet inte har så stor betydelse för kvinnor som för män. Förlust av ett yrkesarbete skulle alltså inte ha lika stor negativ inverkan på självaktningen för kvinnor som för män. Skälen till att det förhåller sig på detta sätt är naturligtvis många (traditionella könsroller, ekonomiskt beroende, politiska resurser m.m.), men jag har inte för avsikt att här utreda detta närmare.

Svårigheter i arbetet eller med studierna var ett vanligt problem i kontrollgruppen, både för dem som angav en depressiv period och dem som angav en negativ period. Denna problemtyp var däremot betydligt mindre vanlig i patientgruppen. Därmed inte sagt att svårigheter i arbetet saknade betydelse vid depressionen, utan enbart att de ofta inte var det *dominerande* problemet i patientgruppen. Det är mycket vanligare att detta problem är ett dominerande problem hos män än hos kvinnor. Ett liknande resultat fann Stenback (1965) i USA. Han gjorde också en kategorisering utifrån dominerande problem ("main factors with crucial etiological importance"). Hos de 86 inlagda patienterna med diagnosen depression var förlust av partner det vanligaste hos kvinnor och problem i arbetet ("failure in business, failure at work") det vanligaste hos män.

Somatisk sjukdom[7] kan många gånger vara en allvarlig bakomliggande faktor vid en depression. Kroppsliga sjukdomar kan givetvis vara av helt skiftande karaktär och grad. Frågan är hur hårt en svår sjukdom eller en invaliditet slår mot ens tidigare liv. Hur mycket måste man avstå från de sysslor man tidigare tyckt om?

Separation bedömer jag alltså vara en av de mest kritiska faktorer som kan utlösa en depression. Denna problemtyp, liksom de övriga, diskuteras utförligare i de teoretiska kapitlen. Här kan helt kort sägas, att vid en separation är risken synnerligen stor att man förlorar många av sina tidigare handlingsmöjligheter.[8]

Problem i parförhållande är vad som i regel föregår en separation. Det handlar mest om konflikter mellan kontrahenterna, men även om svårigheter att nå varandra. Att denna problemtyp ändå inte är vanligare, tror jag, beror på att den jämfört med separation inte innebär någon omedelbar förlust av många handlingsmöjligheter. En annan förklaring är att många med problem i parförhållande tycks ha vägrat delta i undersökningen. Bortfallsanalysen av patientgruppen stöder den tesen. Även problemet i sig är sådant att många helst "sopar det under mattan". Man har då endera inte ställt upp för en intervju eller, som jag fått klart för mig i ett par fall, låtit bli att ta fram detta problem i intervjun.

Familjeproblem inbegriper oftast även problem i parförhållandet, men dessa bedöms inte lika allvarliga som vid den föregående problemtypen. Den väsentligaste skillnaden jämfört med föregående problem är dock, att vi här bedömt hela familjesituationen som besvärlig. Det innebär att svårigheter i förhållande till barnen också funnits med i problembilden. Det är med andra ord svårt att förstå depressionen enbart utifrån relationen mellan två makar.

Den sista problemtypen, *inget speciellt,* står för dem som helt enkelt inte kunnat ange några speciella händelser eller problem vilka kan ha haft samband med

depressionen. Jag diskuterar ett par tänkbara förklaringar till detta i kapitlet om vad som utmärker de olika diagnoskategorierna (s. 72).

3.3 Diskriminantanalys – Sammanfattning

Jag har funnit diskriminantanalys för vår undersökning vara den mest fruktbara av de mer sammansatta statistiska metoder som finns tillgängliga. Syftet med den empiriska undersökningen var främst att få fram de socialpsykologiska variabler som mest differentierade mellan två grupper, nämligen mellan deprimerade och icke-deprimerade. Diskriminantanalys svarar just mot detta krav. Man får med hjälp av diskriminantanalysen fram *den kombination av variabler som bäst differentierar mellan givna grupper*. Innan vi går in och ser på resultaten av denna analys presenterar jag först huvuddragen i analysmetoden.

Det första man får göra är att välja ut ett antal variabler vilka differentierar mellan grupperna. Jag har valt de variabler vilka kan karakteriseras som bakomliggande variabler. Av dessa från början 42 variabler har jag tagit ut de 13 variabler som uppvisar de största skillnaderna mellan grupperna.[9]

Analysen går sedan ut på att få personerna i den ena gruppen att centreras så långt som möjligt från personerna i den andra gruppen längs en dimension. Denna dimension är bildad av de variabler som *tillsammans* bäst diskriminerar mellan grupperna. Uttryckt med andra ord bildar de viktade variablerna en *diskriminantfunktion*[10] (diskriminantanalysen kan mycket väl tillämpas på fler än två grupper och man erhåller då även flera diskriminantfunktioner).

Innan vi går över till att studera resultaten kan det vara på sin plats att nämna något om de värden som kommer att anges i resultatredovisningen. F-värdet som presenteras i tabellen är värdet för variabeln i fråga om den skall ingå eller utgå i diskriminantfunktionen. Ett högt F-värde erhåller man om skillnaderna inom respektive grupp är små och skillnaderna mellan grupperna är stora. Det statistiskt signifikanta (0.05) F-värdet i denna undersökning är i jämförelsen deprimerade – icke-deprimerade 3,9. Man kan helt enkelt säga, att F-värdet beskriver variabelns *relativa* betydelse i den erhållna diskriminantfunktionen. Det kan mycket väl finnas variabler som inte ingår i diskriminantfunktionen, men som ändå i hög grad differentierar mellan grupperna. Dessa variablers diskrimineringsförmåga har då "ätits upp" av de ingående variablernas förmåga. Exempelvis om samma personer som angivit krav i partnerförhållande också angivit krav i föräldrarelationen, men i något mindre utsträckning, kommer enbart den första variabeln att ingå i diskriminantfunktionen.

Det andra måttet som jag redovisar är den procentandel som är riktigt klassificerad. Den bygger på en jämförelse mellan den definierade grupptillhörigheten och den som prediceras av diskriminantfunktionen. Finner man t.ex. att 80 % är riktigt klassificerade kan man säga att diskriminantvariablerna differentierar bra mellan grupperna.[11] Längre fram gör jag en speciell analys där jag jämför de som är rätt klassificerade med de felaktigt klassificerade.

3.3.1 Den kombination av variabler som bäst differentierar mellan grupperna

Det visar sig att med den metod jag valt[12] kom 9 av de 13 variablerna att ingå i diskriminantfunktionen, d.v.s. de med ett F-värde större än 1, vilket är det värde som automatiskt väljs av programmet.

Tabell 11. *De variabler som tillsammans bäst diskriminerar mellan gruppen deprimerade och icke-deprimerade.*

		F to remove
1	Djup i partnerkontakten	47,2
2	Deprimerad före 1971	37,4
3	Krav i partnerkontakten	17,8
4	Dominans i föräldrakontakten	8,7
5	Initiativ till sociala aktiviteter	3,4
6	Antal svåra händelser	2,8
7	Partnerrelationens betydelse	2,7
8	Modern yrkesarbetande	1,6
9	Självständigt arbete	1,2

Deprimerade n = 107 Icke-deprimerade n = 118
Rätt klassificerade = 82%.

Fyra av de 13 variablerna som är med i analysen ingår alltså inte i diskriminantfunktionen. Det är "krav i föräldrakontakten", "djup i föräldrakontakten", "om man växt upp tillsammans med föräldrarna" och "andel dominanta fritidskontakter". Dessa variablers varians täcks sålunda av de övriga variablernas varians. Det som i första hand kommer fram ur diskriminantanalysen är partnerrelationens stora betydelse för om man skall bli deprimerad. Om man beaktar de variabler som från början differentierar mycket mellan grupperna framstår även föräldrarelationen som mycket viktig.

Flera andra variabler bidrar med ytterligare förklaringsvärde till skillnaden mellan deprimerade och icke-deprimerade. Det är främst "om man varit deprimerad före den studerade perioden". Denna variabel kan både ses som en beroende och en oberoende (bakomliggande) variabel. I det senare fallet kan man anta, att en depression innebär ett steg i riktning mot en depressiv personlighet och därmed också en större risk för en ny depression. Att variabeln "initiativ till sociala aktiviteter" ingår i diskriminantfunktionen finner jag svårt att förklara, eftersom resultatet går i motsatt riktning till vad som förväntas (se även s. 46 f). Det som diskriminantanalysen visar är, att denna variabel hänger lite samman med de övriga variablerna i diskriminantfunktionen. De två variabler som kommit sist i diskriminantfunktionen, "modern yrkes- eller hemarbetande" och "självständiga arbetsuppgifter", bidrar inte med någon signifikant (0.05) förändring av diskrimineringsförmågan. Det visade sig vara något vanligare att de deprimerade hade mödrar som yrkesarbetade när de växte upp jämfört med de icke-deprimerade (38 %

mot 28 %, ej signifikant skillnad). Resultatet kan möjligen tyda på att flera bland de deprimerade inte fick den trygghet eller stimulans de behövde under uppväxten p.g.a. att båda föräldrarna yrkesarbetade. De som ingår i undersökningen växte upp under 30-, 40- och 50-talet, d.v.s. under en tid då storfamiljen knappast längre fanns kvar som samlevnadsform, då den vanliga arbetstiden var 8 till 10 timmar/dag och då omfattningen av barnomsorgen var obetydlig. De övriga variablerna som inte handlar om partner- och föräldrakontakten; "självständigt arbete" och "antal svåra händelser", diskuterar jag nedan.

Det är alltså variabler som har med partnerkontakten att göra som diskriminerar bäst mellan de båda grupperna. Jag finner inte detta resultat överraskande, delvis p.g.a. att frågorna var inriktade på perioden omedelbart före depressionen. Kvinnornas stora andel av intervjupersonerna har tidigare framhållits och det är bland annat därför högst troligt att partnern är den person som upptar mest tid och har störst betydelse för de flesta i de båda grupperna. Är denna relation av negativ karaktär (t.ex. bristande djupkontakt och stora krav) är det knappast märkligt att man har mindre möjligheter att klara av en svår situation. Framför allt tycks det vara vanligt, att just den negativa partnerkontakten i hög grad bidragit till en svår situation, d.v.s. i Beckers termer en situation som medfört reducerad självaktning. Om vi ser på de enskilda variablerna "djup", "krav" och "betydelsefull kontakt", menar jag, att samtliga tre i sin negativa form på olika sätt tyder på begränsade handlingsmöjligheter. Hur kan då de motsägelsefulla begreppen "krav" och "sakna betydelse" innebära samma tillstånd? I det ena fallet får man inte göra vissa handlingar och i det andra fallet uppmuntras man inte till egna handlingar.

Av delvis samma skäl, som för partnerkontakten, är det inte överraskande att också föräldrakontakten tycks ha stor betydelse för om man skall bli deprimerad eller inte. Denna relation har kanske inte i nuläget samma stora betydelse som partnerkontakten, men det är givet att den för de flesta tidigare haft det och då eventuellt satt i gång en depressiv personlighetsutveckling.

Med hjälp av diskriminantanalysen kan vi närmare studera vilka variabler som hänger samman eller som förefaller representera likartade bakomliggande faktorer. "Djup i partnerkontakten" är den variabel som mest tar hand om andra variablers varians. Det gäller i första hand "självständiga arbetsuppgifter" och "krav i partnerkontakten", men även "krav i föräldrakontakten" och "andel dominanta fritidskontakter". Enkelt uttryckt innebär det, att de deprimerade som har "osjälvständiga arbetsuppgifter" etc. i regel har dålig kontakt med sin partner, men att det inte är lika vänligt att de med "dålig kontakt med sin partner" har "osjälvständiga arbetsuppgifter". Man kan inte dra några slutsatser om kausalitet av detta *statistiska* samband.

Ett av flera antaganden som man kan göra är, att personer med en depressiv personlighet har svårare för att etablera djupa kontakter, lättare upplever krav från andra och vågar inte åta sig självständiga arbetsuppgifter. Att just brist på djup i partnerkontakten främst tas fram kan bero på, att det är den faktor där man

har de största förväntningarna att det skall fungera bra. Ett annat antagande man kan göra, med utgångspunkt från diskriminantanalysen, är att den depressiva personligheten har formats bland annat p.g.a. den negativa relationen (dominans, krav, brist på djup kontakt) till föräldrarna, men att denna relation i flera fall har förbättrats. Relationen till föräldrarna kanske har "förbättrats" genom att man valt att vara mera ödmjuk eller att man intagit en fatalistisk hållning ("det går ändå inte att göra något åt vårt dåliga förhållande"). Att respektera eller vara ödmjuk mot sin man/fru är inte en lika framträdande kulturell förväntning och man har kanske fortfarande hopp om att allt skall utvecklas till det bättre. Den dominerande diskrimineringsförmåga variabeln "djup i partnerkontakten" har kan också bero på ett tredje förhållande, nämligen att förutsättningarna att man i en partnerrelation skall våga tala öppet med varandra är mycket större om man tillägnat sig säkerhet och självaktning inom *något* av de två viktigaste handlingsområdena utanför den egna familjen, nämligen föräldrarna eller arbetet. Jag finner att inget av de tre gjorda antagandena behöver utesluta varandra.

En annan variabel som i stor utsträckning täcker andra variablers diskrimineringsförmåga är "om man varit deprimerad före den aktuella perioden (1971)". En mycket stor andel av de deprimerade som "upplevt många svåra händelser", har "bristande djup kontakt med föräldrarna" och en stor andel av de med "krav i föräldrakontakten" har också varit deprimerade före den aktuella perioden. Det omvända sambandet är inte lika markant. Resultatet tyder på att en negativ föräldrakontakt eller mycket svåra händelser man varit med om haft stor betydelse på tidigare utvecklade depressioner. Man kan anta, att dessa depressioner sedan medfört, tillsammans med den negativa föräldrakontakten och de svåra händelserna, att många utvecklat en depressiv personlighet.

3.3.2 De personer som avviker från den förväntade grupptillhörigheten

Den diskussion som förts utifrån diskriminantanalysen har gällt förhållanden som man kunde förvänta sig. Nästa fråga som inställer sig är vad som kännetecknar de personer som avviker från den förväntade grupptillhörigheten. Det gäller alltså de som anser sin relation till partnern och föräldrarna vara positiv, de som tidigare inte varit deprimerade etc., men som ändå under den studerade perioden haft en depression. Det handlar även om dem som inte varit deprimerade trots att det funnits yttre betingelser som talat för detta.

Det visar sig att 28 av de 107 personer som ingår i depressionsgrupperna prediceras att inte vara deprimerade. Inte lika många av de icke-deprimerade felklassificeras (14 av 118 personer). När man närmare studerar varje enskilt fall av dem som inte förväntas vara deprimerade, men som ändå blivit det, finner man två stora grupper som utmärks av:[13]

1) Ingen utpräglad depressiv personlighet, men en allvarlig händelse som antas ha påverkat självaktningen mycket.
2) De tycks ha låg självaktning och därigenom vara mycket känsliga för påfrestningar.

Ett par av fallen har jag svårt för att inordna i någon av dessa grupper (bl.a. fall M, s. 72 f), men i övrigt uppfattar jag att de flesta av de 28 personerna tillhör den första gruppen. Det är i första hand svårigheter i arbetet och att de själva eller någon nära anhörig varit svårt sjuk eller en nära anhörigs död, som har utgjort det dominerande problemet. Det finns också några enstaka fall där bakgrunden varit en oväntad skilsmässa, en svår relation till föräldrar, en svår relation till sina barn och en besvärlig graviditet. Det som jag alltså menar är gemensamt för dessa människor är, att det fordrades en mycket allvarlig händelse för att de skulle bli deprimerade och att detta skulle gälla för de flesta människor i samma situation. Det finns inte mycket som talar för att det här varit fråga om en depressiv personlighetsutveckling. Några resultat som jag menar understryker det förda resonemanget är, att de som inte förväntas vara deprimerade jämfört med de som förväntats vara det,

— är deprimerade för första gången
— själv tog initiativ till läkarkontakt
— inte upplevde sig själva som särdeles nedstämda.

Den andra gruppen, med förmodad låg självaktning, är något svårare att få grepp om. Man kan börja med att dela upp den i tre undergrupper, nämligen

a) de som är isolerade och bundna till hemmet,
b) de som ej uppfattas som uppriktiga och bagatelliserar problematiska relationer,
c) de som är mycket känsliga för stress och kritik.

Samtliga dessa personer, antar jag ha en låg självaktning och det behövs då inte mycket hot mot självaktningen för att de skall bli deprimerade. De som hamnar i den andra undergruppen tror jag, om de hade svarat sanningsenligt, skulle få negativa värden på de variabler som i diskriminantfunktionen utmärker den depressiva gruppen. Skälet till att de vill ge intervjuaren en mer positiv bild antar jag i grunden är deras låga självaktning.

De som ingår i de två övriga undergrupperna måste givetvis ha fått den antagna låga självaktningen på något sätt. I Beckers teori är den låga självaktningen i första hand resultatet av att man haft få handlingsmöjligheter. När det gäller dem som är isolerade från andra kontakter och bundna till hemmet (den första undergruppen), är det inte svårt att förstå att en konsekvens kan bli låg självaktning. Det som är svårast att förklara är varför vissa människor tycks ha låg självaktning (undergrupp c), trots att den yttre situationen (arbetet, föräldrakontakten, partnerkontakten) inte talar för detta. Jag tror att detta helt enkelt har att göra med förhållanden, som inte alls täcks av frågorna i undersökningen (i synnerhet förhållanden under uppväxten).

Vad utmärker de 14 personer som förväntas vara deprimerade men ej är det? De flesta av dem, bedömer jag, har ingen depressiv personlighet, men de har under den aktuella perioden haft tillfälliga problem i förhållandet till partnern. De utgör en ganska homogen grupp. Samtliga är kvinnor, de har p.g.a. arbetsmarknadsskäl varit tvungna att vara tillfälligt skilda från mannen och efter det att den sociala

situationen förbättrats så har också deras relationsproblem klarats upp. En kvinnas nedstämdhet upphörde då hon efter ett par års förhållande flyttade från sin kille. Hon menade, att gräl och bråk förorsakat nedstämdheten.

Sedan finns det också några intervjuade som har en mycket varierande bakgrund. Framför allt tycks det vara en mängd faktorer som samverkat till detta motsägande resultat. En vanlig brist är, att det saknats uppgifter på någon av de viktigaste diskriminerande variablerna och därigenom har personerna tilldelats det fiktiva bortfallsvärdet på denna variabel (se not 12, s. 60). Det som sedan gjort, att dessa personer hamnat något närmare gruppmedelvärdet för deprimerade är oftast att de varit deprimerade före den aktuella perioden. Vi finner också här flera intervjuer som kan betraktas som relativt dåliga p.g.a. att intervjuaren varit osäker (missat frågor, inte fått så bra kontakt m.m.) och att intervjupersonen varit svårintervjuad (bland annat rädd att tala om känslor och svåra problem).

Noter

[1] Resultatet från vår undersökning behöver inte motsäga det Cohen m.fl. och Linsky fick fram. De förra betonade att de deprimerade *strävade efter* en bättre position i samhället och inte om de lyckades. Linskys undersökning handlade om möjligheter att få ett *kvalificerat* arbete och inte om att överhuvudtaget få ett arbete.

[2] Ett annat förhållande som talar för denna förklaring är att kvinnorna utgör en ännu större andel av de som måst läggas in. Vi accepterar (inbegripet psykiatrikern) lättare att en kvinna är deprimerad och i synnerhet så deprimerad att hon behöver läggas in för vård. När det gäller skillnaden i könsfördelningen mellan polikliniska och inlagda patienter tror jag också man kan hänföra den till två andra typer av förklaringar. För det första är kvinnorna helt enkelt mer deprimerade än männen, vilket då skulle bero på de förklaringar som angivits tidigare. För det andra kan kvinnorna lättare läggas in p.g.a. arbetssituationen (hemarbete eller lågstatusyrken) vilket både patienten och psykiatrikern kan vara medveten om.

[3] Att avgöra om en händelse är orsak eller utlösande faktor anser jag egentligen är hårklyveri. Om en depression inte hade utvecklats utan att en viss händelse hade inträffat så måste denna händelse anses ha haft kausal betydelse även om händelsen inte hade en "grundläggande" betydelse.

[4] I kontrollgruppen har 20 % överhuvudtaget inte kunnat ange någon period som varit mer negativ än någon annan. Frågorna har i deras fall syftat på nusituationen.

[5] Begreppet kontaktenhet var jag tvungen att bilda för att intervjuerna lättare skulle kunna genomföras och för att få ett mer relevant material att analysera. Resultaten hade knappast haft mycket att säga om t.ex. alla kontakter inom ett fotbollslag jämställts med tolv separata kontakter inom olika verksamhetsområden. Varje kontaktenhet kom i genomsnitt att bestå av cirka 2 personer. För patientgruppen var genomsnittet något lägre vad beträffar både arbetskontakter och fritidskontakter. Det omvända gällde de icke-deprimerade.

[6] Beck (1967) menar, att man kan reducera de utlösande faktorerna till tre typer. Den vanligaste typen av situationer är sådana som reducerar en människas självkänsla (t.ex. misslyckande i ett prov, att bli övergiven av sin älskade, att bli avskedad från sitt arbete). Andra situationer som kan utlösa en depression är sådana som spolierar viktiga planer och sist nämner Beck fysisk sjukdom som får en att tänka på en påtaglig fysisk försämring eller döden. Jag menar dock, utifrån Becker, att samtliga dessa typer av utlösande faktorer påverkar självkänslan eller självaktningen i negativ riktning.

[7] Med somatisk sjukdom avses inte influensa. Det finns nämligen en hypotes (se t.ex. Lycke & Roos 1974), att virusinfektioner kan påverka transmittorsubstanserna och därigenom ha samband med depressiva tillstånd.

[8] Det kan tyckas motsägesefullt att man förlorar handlingsmöjligheter om relationen präglats av krav och bristande kontakt. Trots allt är partnern antagligen den människa man i regel haft mest kontakt med, som man med andra ord utvecklat mest handlingar till. Dessutom tar det tid att ut-

veckla nya handlingar i förhållande till en eventuell ny partner.

[9] De 13 variabler som kommit att ingå i diskriminantanalysen är de som vid T-test uppvisar en signifikant skillnad mellan grupperna på minst 0.07 procents nivå (det är alltså 7/100 chans att de uppkomna skillnaderna beror på slumpen).

[10] Matematiskt har diskriminantfunktionen följande form:

$D=d_1Z_1+d_2Z_2+. . .d_pZ_p$

D är summan av diskriminantfunktionen, d är de vägda koefficienterna och Z är, i vårt fall, de standardiserade värdena av de p diskriminerande variablerna. För varje person som ingår i analysen får man ett D-värde. Metoden går ut på att bestämma vikterna d så att medelvärdet av D-värdet för gruppen A blir så åtskilt som möjligt från medelvärdet för gruppen B. Dessa gruppmedelvärden kallas gruppcentroider, vilket då är det mest typiska värdet för en person i den gruppen. För att komma fram till denna diskriminantfunktion kan man använda olika procedurer. Jag har valt en stegvis procedur. Processen börjar med att den variabel väljs ut som bäst diskriminerar mellan grupperna. Nästa steg blir att datorn därefter väljer ut den variabel som *tillsammans* med den först valda bäst diskriminerar mellan grupperna. Dessa två variabler kombineras i sin tur med en tredje och detta fortsätter på motsvarande sätt tills man nått en punkt (som man valt från början), där man inte vinner något nämnvärt i diskrimineringsförmåga genom att ta med ytterligare en variabel. Variabler som kommit med i analysen på ett sent stadium kan eliminera variabler som valdes i ett tidigare steg, om informationen (variansen) som fanns i dessa variabler nu är tillgänglig i andra variabelkombinationer. Jag har använt WILKS-metod som går ut på att maximera F-värdet. Metoden tar hänsyn till skillnaden mellan gruppmedelvärdena och homogeniteten inom respektive grupp. F-värdet är alltså ett mått på gruppskillnader och används ofta vid hypotesprövningar för att studera om påträffade skillnader kan tillskrivas slumpen. I fallet med 2 grupper är F ekvivalent med ett vanligt t-test. När man erhållit den mest diskriminerade funktionen t.ex. efter att ha använt en stegvis procedur, kan man klassificera fall vilkas grupptillhörighet inte är känd. Man kan även se hur pass väl de fall som ingår i analysen stämmer överens med den förväntade grupptillhörigheten utifrån diskriminantfunktionen. Om man då finner att en överväldigande del av fallen klassificeras till sin ursprungliga grupp så kan man därav inte dra slutsatsen att den erhållna diskriminantfunktionen är ett mycket bra *klassifikations*instrument. Man gör sig då skyldig till ett cirkelresonemang, eftersom det som skulle bevisas redan har bestämt bevisinstrumentet. I princip borde man använda en uppsättning fpp för att konstruera klassifikationsinstrumentet och en annan uppsättning för att testa dess klassificerande förmåga. Nu är dock inte mitt syfte att hitta ett bra klassifikationsinstrument som är godtagbart i statistisk mening, utan att med bästa möjliga underlag finna de variabler som bäst diskriminerar mellan de givna grupperna.

[11] Hänsyn bör dock tas till hur många som skulle klassificerats rätt om individerna slumpmässigt tillordnats olika grupper. Om t.ex. grupperna är lika stora skulle en slumpmässig fördelning ge ungefär 50 % rätt klassificerade. För "bra" klassifikation bör den observerade procenten rätt klassificerade avsevärt överstiga den som kan förväntas av slumpen.

[12] Ett stort problem vid genomförandet av analysen har varit att de flesta individer har ett eller flera bortfallsvärden på någon av variablerna. Om jag strikt skulle följt SPSS-proceduren hade dessa individer inte ingått i analysen. Resultatet hade då baserats på ett relativt litet material och dessutom på ett skevt material. Personer som t.ex. saknade kontakt med endera sina föräldrar eller med någon partner hade ej ingått i analysen. Den lösning på problemet jag valt är att tilldela de individer som hade ett bortfallsvärde ett fiktivt värde som var medelvärdet för den grupp de ingick i. Detta förfaringssätt är givetvis tveksamt eftersom sambanden delvis helt enkelt blir fiktiva. Resultatet som presenteras är en följd av en kompromiss mellan de båda förfaringssätten. Alla individer med bortfallsvärden på mer än 4 av de 13 variablerna ingår ej i analysen. Gränsen 4 är satt p.g.a. att avsaknad av föräldrar eller partner innebär 3 bortfallsvärden. Materialet har även analyserats där inga bortfallsvärden godtagits och där ett obegränsat antal bortfallsvärden godtagits. Resultaten av dessa analyser avviker mycket litet från det presenterade resultatet. Rangordningen mellan variablerna är med ett par undantag desamma (djup i partnerkontakten hamnar först som nummer 5 i analysen där inga fiktiva bortfallsvärden finns). Storleken på F-värdet varierar däremot.

[13] Den tolkning jag gör av de fall som enligt diskriminantanalysen felklassificerats bygger främst på frågan om dominerande problem, relationen till partnern och föräldrarna samt de kommentarer intervjuarna gjort efter intervjun.

4 Vad utmärker de deprimerade som tar psykiatrisk kontakt?

Vilka människor med depressiva problem tar kontakt med en psykiatrisk institution för att få hjälp? Den forskning som är gjord om depressioner är nästan utan undantag baserad på människor med depressiva problem som vårdats på någon psykiatrisk institution. Men det finns knappast något som talar för, att dessa människor skulle vara representativa för alla människor som har depressioner. Jag har därför funnit det intressant att jämföra deprimerade som tar psykiatrisk kontakt med de som inte gör det. I den primära analysen, deprimerade jämfört med icke-deprimerade, har också de två skilda depressionsgrupperna kontrollerats. I detta kapitel kommer jag att inrikta diskussionen på faktorer som tidigare inte tagits upp.

Hur vanligt förekommande är det att man får depressioner utan att för den skull ta kontakt med någon psykiatrisk institution? Watts (1966) har, som allmänpraktiserande läkare, gjort en undersökning av depressioner i England och Wales. Han liknar förekomsten av depressioner vid ett isberg. Den synliga delen av isberget, det som kommer till någon läkares kännedom, uppskattar han till cirka 10 procent av alla depressioner. Överst på isberget placerar han självmorden som *under ett år* är 0.01 %, därefter de tvångsintagna 0.01 %, de frivilligt vårdade 0.07 %, de som besökt någon psykiatriker 0.2 %, de som besökt en allmänpraktiserande läkare 1.2 %—1.5 % (därav hälften diagnosticerade som endogena depressioner) och slutligen de som aldrig rapporterar om sina depressiva besvär till någon läkare uppskattar han till att vara 15 % av befolkningen under ett år. Den sista siffran härrör från en intervjuundersökning i en Londonförort där 17 % av de som var över 16 år sade sig ha depressiva symtom. I den svenska låginkomstutredningen (Johansson, 1970) svarade 3.6 % (15—75 år) att de under de senaste 12 månaderna varit "deprimerade eller djupt nedstämda". Inghe och Åmark (1958) gjorde 1957 en undersökning i Stockholm av ett slumpmässigt urval (488 personer). 18 procent av kvinnorna och 13 procent av männen säger sig vid *intervjutillfället* vara nedstämda. (Hela 40 procent uppger att de tidigare har känt sig nedstämda.) Intervjuerna utfördes av medicinskt oskolade intervjuare och kodades av Inghe och Åmark. Vid bearbetningen av materialet bedömde Inghe att 6 procent kunde klassificeras som depressioner och Åmark klassificerade 11 procent som depressioner.

Det är, som synes, stora variationer mellan olika undersökningar. Skillnaderna kan främst hänföras till olika populationer (ålder, region m.m.), representativitet i urvalet och olika definitioner på depressioner. Men undersökningarna och andra

jag refererat till talar ändå för att depressioner är mycket vanliga i vårt samhälle. I vår undersökning fann vi att 29 % i kontrollgruppen varit nedstämda *någon gång under de senaste 5 åren.* I metodkapitlet (s. 25) framhöll jag, att detta resultat inte kunde anses oväntat med tanke på den ojämna könsfördelningen (80 % kvinnor).

Det är sålunda dessa 29 % i kontrollgruppen jag jämfört med patientgruppen och som det torde ha framgått av tabellerna i det föregående kapitlet så finns det vissa skillnader. Jag kommer emellertid att först diskutera några variabler som tidigare inte närmare behandlats och väntar med att tolka de övriga skillnaderna till sammanfattningen.

4.1 Socialgrupp och social-ekonomisk indelning

När man i psykiatriska forskningsprojekt beaktar arbetssituationen är det i stort sett endast socialgrupp eller socialklass man studerar. I de flesta undersökningar (se not 11, s. 134) har man inte funnit att det är vanligare med depressioner i någon bestämd socialgrupp. Resultatet från vår undersökning avviker inte från denna allmänna tendens. Vi finner däremot en viss överrepresentation för socialgrupp III bland dem som tar psykiatrisk kontakt mot dem som inte gör det (35 % mot 27 %).[1]

Socialgruppsindelningen är ju en mycket grov indelning och jag har därför kompletterat den med den av Statistiska Centralbyrån nyligen framlagda "Social-ekonomisk indelning för individer – SEI".[2] Denna ger mer innehåll åt de olika yrkesbefattningarna än socialgruppsindelningen. I vår undersökning finner vi bland annat, att 41 % av de deprimerade i kontrollgruppen mot 18 % i patientgruppen tillhör kategorin ingenjörer och specialister (t.ex. lärare, arbetsledare, journalister). I patientgruppen är däremot de studerande överrepresenterade (20 % mot 12 % bland de deprimerade i kontrollgruppen). Vid en jämförelse mellan deprimerade och icke-deprimerade finner man inga nämnvärda skillnader.

Vilka tänkbara förklaringar finns till att de med specialistyrken är överrepresenterade bland de deprimerade i kontrollgruppen? Det är relativt vanligt att man inom dessa yrken får en depression som beror på arbetssituationen, men detta samband gäller enbart för dem som inte tar psykiatrisk kontakt. Denna skillnad mellan grupperna kan bero på, att problem i arbetet inte särdeles ofta medför en så djup depression att man anser sig behöva söka psykiatrisk hjälp och/eller att problem som har med arbetet att göra lättare går att klara upp. Problem inom detta område utgör kanske bara ett begränsat hot mot självaktningen och uppslukar inte hela ens person på samma sätt som en kris inom familjen.

Andra tänkbara förklaringar till att dessa människor inte tar psykiatrisk kontakt är att de lär sig att ta hand om sig själv (se vidare avsnittet om självständigt arbete) och de kulturella förväntningarna understryker kravet på egen styrka i dessa yrken. "Jag skall (bör) nog klara upp den här depressionen själv och inte behöva söka psykiatrisk hjälp." Det kan också vara så att de p.g.a. begränsad tid

och arbetets krav på kontinuitet har svårt för att sjukskriva sig eller avsätta en stor del av sin tid till psykiatrisk kontakt. Till bilden hör också att en stor andel av dem med specialistyrken svarat att arbetet gjorde att man lättare klarade upp problemen (se s. 65). Det gäller då naturligtvis när inte depressionen hade sin grund i arbetssituationen. Resultatet tyder alltså på att yrkeskategorin specialister m.m. i större utsträckning än andra riskerar att bli deprimerade, men att de samtidigt har lättare att på egen hand klara upp problemen.

4.2 Kontakt med bekanta för att få hjälp

Hur vanligt var det att man tog kontakt med bekanta för att försöka reda upp problemen? Tabellen nedan visar inte överraskande att de deprimerade i kontrollgruppen i högre grad tog kontakt med bekanta för att få hjälp jämfört med patientgruppen (signifikant skillnad).

Tabell 12. *Andel i procent som tog kontakt med bekanta för att lösa depressionen.*

	Deprimerade i kontrollgruppen	Patientgruppen
Tog ej kontakt	33	56
Partner	11	4
Föräldrar	7	3
Syskon	7	3
Annan släkt	2	4
Arbetskamrat	7	9
Barn	–	–
Annan bekant	33	21
	100 n = 45	100 n = 67

Skillnaden mellan de båda grupperna finner vi som synes i partnerkontakten och framför allt i kontakten med andra bekanta. Det råder knappast någon tvekan om, vilket även de mer ostrukturerade berättelserna talar för, att de som blev deprimerade i kontrollgruppen både oftare och i högre grad tog kontakt med nära vänner för att försöka prata ut om problemen. Det är sedan en annan fråga, att detta inte alltid gav önskat resultat. Det intressanta för vårt syfte är att detta tyder på att de deprimerade i kontrollgruppen fann olika lösningar på sina problem. Resultatet talar också för att de deprimerade i kontrollgruppen hade bättre kontakt med sina bekanta än vad patientgruppen hade (resultatet av hur *många* bekanta man hade djup kontakt med gav som tidigare nämnts inte lika stor skillnad). Betydelsen av nära vänners stöd kan illustreras med hjälp av en kvinna i kontrollgruppen som hade haft en mindre allvarlig depression.

R var en öppen och tillmötesgående kvinna i 40-årsåldern. Hon var en av de intervjupersoner som själv ansåg att hon varit deprimerad, men som inte erhöll speciellt hög skattningspoäng. Hon hade känt sig illa till mods i närmare två år, men sommaren 1972 hade

krisen varit som värst. Under den perioden hade hon känt sig nedstämd mest hela tiden.

R och hennes man arbetar tillsammans i en egen affär. Våren -72 hade det varit mycket att göra och man ville som alltid få undan saker inför sommaren. Ett missförstånd med revisorn innebar att R fick sätta sig ned och göra om hela deklarationen. Det som var den största stöten var att man måste betala moms på en bil. Det hade man ej behövt göra om man köpt bilen tio dagar senare. R och hennes man måste inom två veckor betala närmare 5 000: — i moms för bilen.

R önskade få kontakt med någon för att få hjälp med sin depression, men hon visste inte vart hon skulle vända sig. R gick dock på en hälsokontroll, men den läkarkontakten gav tydligen inte mycket. Den som verkligen hjälpte henne var en väninna som hon alltid pratade med när hon hade problem. De hade ett öppet och ömsesidigt förhållande där även väninnan gärna ventilerade sina problem. R menade också att familjen (maken och de tre barnen) ställde upp och stödde henne, men maken hade det givetvis samtidigt arbetssamt. Det finns inte mycket som tyder på att R har haft några större problem i sina nära relationer. På sitt sommarställe vid Mälaren har man öppet hus och för övrigt verkar man ha ett otvunget sällskapsliv. Men hon säger samtidigt att de inte har några riktiga bekanta som de träffar på helgerna. R har många fritidsintressen och deltar bland annat i en syförening tillsammans med bästa väninnan.

Jag fick även möjlighet att intervjua denna väninna. Jag uppfattade henne som ganska lik R. Väninnan gav i stort sett samma bild av situationen som R hade gjort. Det var många problem som kom på en gång, 'bägaren rann över'. Förutom problemen med skatten nämner också väninnan att R oroade sig för äldsta dottern som då skulle ha barn, men som ej var färdig med utbildningen. Vidare så omkom en arbetskamrat till R i en bilolycka och R:s svärfar var mycket dålig. Väninnan är dock något osäker på om allt detta inträffade våren och sommaren -72.

Väninnan framhåller att R ska räcka till överallt. Det gäller i synnerhet i affären där R är något av en allt i allo. Väninnan tror inte att R och maken pratar speciellt mycket om sina personliga problem. De har mycket att göra — upp tidigt och tidigt i säng. Med sin mamma kan R prata helt förtroligt. Vi pratar givetvis även om väninnans och R:s relation. Hon berättar, att varje måndag efter symötet åker väninnan hem till R och de pratar ut. Deras respektive män åker då hem till väninnans bostad. Symötena är ett bra sätt att skaffa sig självförtroende, menar R:s väninna. Det är en hel grupp som hjälper varandra och får alla att känna sig duktiga.

De som inte söker stöd hos nära vänner utmärks av att de är män, de är äldre och har i större utsträckning osjälvständiga arbeten (biträdespersonal och ej fackutbildade arbetare). Att män så sällan (18 % i båda grupperna) söker stöd hos vänner kan förstås utifrån den omvända tesen som drevs angående varför kvinnor oftare blir deprimerade. De agerar mer inom områden som inte berörs så mycket av personliga problem (de lär sig alltså inte lika lätt att prata om känslor), de kulturella förväntningarna är att de inte bör eller behöver prata ut om olika problem och de förlitar sig mer på sig själva.

4.3 Hjälp genom aktiviteter

Tabell 13. *Andel i procent som ansåg aktiviteter hjälpte dem ur depressionen.*

	Deprimerade i kontrollgruppen	Patientgruppen
Aktiviteter hjälpte ej	48	59
Fritidsaktiviteter	34	34
Arbetet	21	7
	101	100
	n = 44	n = 67

Vi finner att arbetet för många bland de deprimerade i kontrollgruppen har varit till hjälp att klara upp depressionen. Vid dikotomiseringen aktiviteter hjälpte/hjälpte ej är dock skillnaden mellan grupperna ej signifikant. Det intressanta är kanske ändå här att så många (cirka hälften) i båda grupperna ansåg att fritidsaktiviteterna eller arbetet hjälpte dem komma över sin depression. Det visar på betydelsen av att försöka få de deprimerade att aktivera sig.

En förklaring till att skillnaderna mellan grupperna inte blev så stora som förväntats, kan man möjligen finna om man studerar vilken typ av arbete de haft som ansett detta vara till hjälp. Det är skilda tendenser i de båda grupperna. I patientgruppen är det främst de som arbetar inom specialistyrken som angett arbetet som en positiv faktor, bland de deprimerade i kontrollgruppen är det i första hand de inom arbetarkategorin (facklärda och ej facklärda). För många bland "specialisterna" inom gruppen deprimerade i kontrollgruppen har just arbetet varit det dominerande problemet. Det mesta tyder på att de med specialistyrken lättare riskerar att bli deprimerade p.g.a. arbetssituationen, samtidigt som de har större möjligheter att klara upp en depression som ej har med arbetet att göra. Man kan uttrycka det som att de oftare riskerar sin självaktning, men att de i allmänhet genom arbetet bygger upp en större självaktning än andra. Jag menar alltså, att om vi bortser från de personer där arbetet varit det dominerande problemet, så skulle skillnaderna mellan de båda grupperna på frågan om aktiviteter hjälpte vara större.

Ett helt annat resultat pekar även i denna riktning. På frågan om vad som låg bakom en positiv period anger 30 % av kontrollgruppen arbetet mot endast 14 % av patientgruppen. Jag tror att detta resultat understryker två teser. Den första är, att de som blivit deprimerade i kontrollgruppen har haft en arbetssituation som gjort det lättare för dem att klara upp problemen. Den andra tesen är att patientgruppen i högre grad inriktar sitt liv på familjen och därigenom blir mer sårbar när en kris inträffar.

4.4 Sammanfattning

De största skillnaderna mellan de deprimerade i kontrollgruppen och patienterna har visat sig i hur man *löser depressionen*. Skillnaden mellan de båda grupperna är däremot inte särdeles stora vad beträffar variabler som syftar på förhållanden *innan depressionen*. När det gäller bakgrundsfaktorerna[3] är det dock i allmänhet *flera* negativa faktorer som tycks ha haft betydelse för patienternas depression jämfört med för de deprimerade i kontrollgruppen. Den största skillnaden mellan de två grupperna hänger samman med partnerrelationen. Patienternas relation präglades i högre grad av krav (signifikant skillnad), bristande djup kontakt och att man inte fann den andre betydelsefull. En något större andel patienter hade dessutom inte någon man var gift eller hade sällskap med.

Hur allvarligt problemet egentligen var som låg bakom depressionen är naturligtvis svårt att gradera. Det intryck man fått vid intervjuerna är ändock, att patienternas svårigheter (problemets art och omfattning) i regel varit större än för de deprimerade i kontrollgruppen. Enbart detta kan vara en väsentlig anledning till varför de senare inte ansåg sig eller av andra ansågs tvungna att ta psykiatrisk kontakt.[4] Ett annat tecken på att patienterna upplevde sin situation som svårare är, att de hade högre skattningspoäng på Zungs skattningsskala (57 mot 52), d.v.s. depressionen torde ha varit djupare.

De tydligaste skillnaderna, förutom djupet på depressionen, mellan de deprimerade i kontrollgruppen och patienterna visar sig alltså i partnerrelationen och hur man försöker lösa sina problem. De deprimerade i kontrollgruppen förefaller ha en mer gynnsam partnerrelation och lättare för att finna olika öppningar på sina problem. Dessa två faktorer hänger förmodligen ihop. Har man en relativt okomplicerad relation till sin partner är det naturligtvis lättare att prata om gemensamma eller egna problem. Behovet att vända sig till någon utanförstående blir inte lika stort. En otvungen relation till partnern torde också innebära, att det är lättare att vända sig till andra bekanta för att få hjälp. Resultatet från undersökningen tyder på att detta gäller många deprimerade som väljer att inte söka psykiatrisk hjälp. En annan grupp som inte tar psykiatrisk kontakt förefaller att ha bättre möjligheter än patienterna att kompensera svårigheter i familjelivet genom att upprätthålla ett stimulerande arbete. Samtidigt har problemen för de deprimerade i kontrollgruppen oftare att göra med arbetssituationen, vilket kan tyda på att sådana problem i regel inte får lika allvarliga konsekvenser som problem inom familjen. Man kan även se den djupare depressionen hos patienterna som resultatet av en negativ partnerkontakt och svårigheter att finna annat stöd i sin omgivning. Den djupare depressionen i sig är ju ett tecken på att man inte ser någon lösning på problemet, man drivs alltmer in i passivitet och självömkan.

De ovan presenterade resultaten förklarar antagligen varför många deprimerade inte tar psykiatrisk kontakt. Men andra resultat (bland annat den relativt dåliga prediktionen som erhölls i diskriminantanalysen) talar för att det finns flera andra faktorer som inte tagits upp i denna undersökning och som är av betydelse för om

man tar psykiatrisk kontakt vid en depression. Watts (1966) anser, att det förefaller vara tre faktorer som är viktiga i detta sammanhang.

"They (de som ej tar psykiatrisk kontakt, min anm.) find their symptoms hard to describe, they feel that they should be able to 'snap out of it' themselves, and even mild depressives carry with them a sense of shame that they have let themselves slip." (s. 116).

Den andra faktorn Watts nämner kan föras till det resultat jag erhållit i vår undersökning, nämligen att de som inte tar psykiatrisk kontakt har fler handlingsmöjligheter i familjen eller i arbetet med vars hjälp man klarar upp problemen. Den första och tredje faktorn har mer att göra med föreställningen om psykiska problem (depressioner) och inställningen till den psykiatriska vården.[5] Frågor av denna typ saknas i undersökningen, men jag tror de har stor betydelse för om man tar psykiatrisk kontakt vid en eventuell depression.

Noter

[1] De variationer som finns mellan många undersökningar kan troligen delvis förklaras med att patientmaterialet är hämtat från olika typer av institutioner. Klerman och Paykel (1970) fann i en undersökning i USA, att på "the general hospital" kom cirka hälften av de depressiva patienterna från klasserna I och II, medan "the state mental hospital" hade en så stor andel som 96 % från de lägre klasserna (III, IV, V). Patienterna i denna undersökning hade alltså haft kontakt med Akademiska sjukhusets psykiatriska klinik. Skillnaderna i socialgruppstillhörighet hade troligen varit större om patienturvalet gjorts vid t.ex. Ulleråkers (mental-) sjukhus.

[2] SEI-indelningen är gjord efter den dominerande fackliga tillhörigheten (LO respektive TCO och SACO-kollektivet) och utbildningsnivå. Jag har använt den sjugradiga skalan där följande kategorier finns: 1) Biträdespersonal, 2) Ej facklärda arbetare, 3) Facklärda arbetare, 4) Kontorsanställda, 5) Ingenjörer och specialister, 6) Företagare och 7) Studerande.

[3] De bakgrundsvariabler jag syftar på är de 42 variabler som nämndes i samband med diskriminantanalysen (s. 54). En diskriminantanalys utfördes även med patienter och deprimerade i kontrollgrupp som diskriminerande grupper. Den gav dock inte någon ytterligare information än den som presenterats tidigare. Ett skäl till detta var att enbart bakgrundsvariablerna ingick i analysen och bland dessa fanns det som synes inga större differenser mellan grupperna.

[4] Bland patienterna var det hälften som inte själva tog initiativ till den psykiatriska kontakten. Det var framför allt läkare utanför den psykiatriska vården (t.ex. läkare vid andra kliniker på Akademiska sjukhuset, personalläkare, distriktsläkare) men även anhöriga som ansett det nödvändigt med psykiatrisk kontakt.

[5] Borup Svendsen (SOU 1958:3) framhåller tre typer av faktorer som påverkar platsbehovet vid psykiatriska institutioner i allmänhet: 1) Nosocomiala faktorer (förhållanden på sjukhusen eller inom mentalsjukvården t.ex. platstillgången, avståndet mellan patienternas bostadsort och sjukhuset, antalet läkare och vårdare), 2) tröskelfaktorer (befolkningens inställning till psykiskt sjuka och mentalsjukvård) och 3) faktorer som påverkar frekvensen av de psykiska sjukdomarna i befolkningen.

5 Vad utmärker deprimerade med olika diagnoser?

I inledningen nämndes, att undersökningens huvudsyfte från början var att studera eventuella skillnader mellan de som erhållit diagnoserna endogen depression respektive exogen depression. Med endogen depression menas att orsaken främst finns inom individen. Exogen depression står för att orsaken främst kan sökas i sociala och/eller psykologiska förhållanden. Den senare diagnosgruppen kan indelas i reaktiv och neurotisk depression. Denna kategorisering baseras i första hand på hur nära i tid orsaken anses vara och hur enkel den förefaller vara. Har man fått diagnosen neurotisk depression är det troligt att den antas ha sin grund i svåra uppväxtförhållanden och vara ett komplicerat samspel mellan personlighet och traumatiska händelser. Vid en reaktiv depression finns det en bestämd yttre händelse som föregått depressionen och som gör den förståelig.

5.1 Forskning som stöder en dikotom uppdelning respektive en kvantitativ uppdelning

En undersökning av Leff (1970) tyder på, att det inte finns någon skillnad på förekomst och typ av utlösande faktorer mellan de som fått diagnosen endogen depression och exogen depression. Leff undersökte 13 patienter med endogen depression och 27 patienter med reaktiv depression. "All stressful environmental events" som hände ett år före det depressiva genombrottet analyserades. För dessa 40 patienter (*oavsett diagnos*) utgjorde "Threat to sexual identity" den vanligaste utlösande faktorn (30 av 40 patienter). Bland andra psykiatriska forskare som kritiserar den dikotoma uppdelningen av depressioner kan nämnas Blinder (1966). Enligt Blinder har man paradoxalt nog funnit att när det gäller endogen depression så är de utlösande faktorerna lättast att observera.

Gabriel Langfeldt (1961) för en mycket intressant diskussion om dikotomin och anger två faktorer som tänkbara förklaringar till varför s.k. endogen depression inte uppvisar några påtagbara utlösande faktorer.

"A very severe stress factor may for example cause a reaction, but afterwards this may be forgotten and embedded in the unconcious until a new event takes place which to outsiders cannot possibly justify such a reaction, which is frequently even more powerful than the first one. As often happens with conditioned reflexes, a state which may appear cyclic nevertheless has a specific relation to the first event, a quite insignificant exogenous factor which cannot be discovered and understood. Frequently we see people react in a way which seems very strange, but when we have an opportunity to analyse the condition it proves to bear a relation to the above.

The other question in this connection is what we call sensitiveness produced by stress. If we have a normal level of sensitiveness and are exposed to constant stress of varying severity, this level of sensitiveness will increase, so that as time goes on much less stress is needed to provoke a reaction." (s. 277).

Inom den äldre psykiatrin, vilken jag inte studerat närmare, finns det också flera företrädare för en kritisk linje mot uppdelningen i endogen och exogen depression. Inom den brittiska psykiatrin stödde Adolf Meyer kontinuitetshypotesen (se s.12). Lewis (1934, 1936) stödde efter empiriska studier samma hypotes. Han fann, att ju närmare man undersökte en depressiv patient desto oftare kunde man hos endogena patienter finna en utlösande traumatisk händelse och omvänt hos de exogena depressiva kunde man finna, att depressionen hade börjat före den traumatiska händelsen (från Kringlen, 1972).

Enligt den litteratur (främst skandinavisk, engelsk och amerikansk) om depressioner jag studerat pläderar dock de flesta för en dikotom uppdelning. Slater & Roth (1969), som är förgrundsgestalter för den s.k. Newcastleskolan, anser i sin psykiatrilärobok att det finns starka bevis för att göra en kvalitativ distinktion mellan de två typerna av depression. De anför genetiska studier, positiv reaktion på elchockbehandling, och att det typiska för de exogena depressionerna är att de "have been in response to the stress of circumstance, and that a purely endogenous mood change is unknown to him".

Givetvis finns variationer även inom denna grupp med mer eller mindre betoning av den dikotoma uppdelningen. Faktoranalys är ett av de vanligaste sätten att påvisa endogen och exogen depression som två separata enheter. Carney m.fl. (1965) gjorde en faktoranalys på 35 items och fann bland annat, att de faktorer som var positivt korrelerade med en endogen depressions diagnos också var positivt korrelerad med ett positivt resultat av E.C.T. En mängd andra items (t.ex. "absence of adequate pshychogenetic factors in relation to illness") korrelerade positivt med andra typiska symtom för endogen depression. De utgjorde alltså en huvudfaktor – en enhet. Kiloh & Garside (1963) hade också kommit till liknande resultat, vilket också Rosenthal & Klerman (1966) gjorde.

Som ovan nämnts är reaktionen på E.C.T. ett vanligt argument för en dikotom uppdelning. Den svenska psykiatrikern B. Jacobowsky (1961) kan illustrera detta synsätt:

"Another reason (förutom samma symtombild, min anm.) for the assumption of a biological mechanism in the above-mentioned diseases (endogena, min anm.) is the fact that these depressions only respond to physical treatment . . ." (s. 100).

Påvisandet av avsaknad av bakomliggande miljöfaktorer vid endogen depression är också ett av de vanligaste framträdande argumenten. Forrest m.fl. (1965) gjorde en jämförelse mellan endogen depression (definierat enligt Kiloh & Garside) och exogen depression med avseende på miljöfaktorer. Han fann att av 11 manisk-depressiva hade ingen, mot 56 av 197 reaktivt depressiva, förlorat en nära släktning under barndomen. Fem av de manisk-depressiva hade inom de tre närmaste åren varit utsatta för "environmental factors" (social isolering, rollförlust,

somatisk sjukdom) mot 135 av de 197 reaktivt depressiva. (Notera det låga antalet manisk-depressiva — 11 st.).

En ytterligare typ av forskning, som tas som stöd för en dikotom uppdelning, är genetiska studier. I olika undersökningar (Kringlen, 1972) har man erhållit konkordanstal (risken att den andre tvillingen är depressiv) på mellan 33 % och 98 % för enäggstvillingar och mellan 0 % och 39 % för tvääggstvillingar när det gäller manisk-depressivitet.

5.2 En sammanfattande kritik av den psykiatriska forskningen om depressioner

När det gäller forskningen om depressioner, och då i synnerhet den som handlar om dikotomin endogen/exogen, kan kritiska anmärkningar anföras.

I en tidigare presenterad uppsats (1974) gör jag en allmän kritisk genomgång av psykiatrisk forskning inom området. Kritiken riktas främst mot:

1) Bristande kontroll av sociala faktorer.
2) Avsaknad av någon form av samhällelig eller kulturell analys.
3) Avsaknad av nivådiskussion (bio-kemisk — individuell — social nivå).
4) Oklarhet om "utlösande faktor" står för en tillräcklig, en nödvändig eller en bidragande faktor vid utvecklandet av depressioner.
5) Ringa beaktande av "utlösande faktorers" subjektiva karaktär.

Vad beträffar den första punkten kan sägas, att de sociala faktorer som man i begränsad utsträckning försöker kontrollera är lätta att kvantifiera — det saknas alltså studium av mer komplexa sociala relationer som man t.ex. finner inom den moderna schizofreniforskningen (Lidz, Bateson m.fl.). En annan brist är, att de sociala faktorer man behandlar ytterst sällan kontrolleras med hjälp av ett slumpmässigt urval från en normalpopulation. Om det finns någon kontrollgrupp utgörs den oftast av en annan psykiatrisk grupp eller patienter från en somatisk klinik.

Exempel på frågeställningar man saknar som kan hänföras till den andra kritiska anmärkningen är: Vilken är forskarens/psykiatrikerns egen roll i detta samhälle? Hur påverkar de värderingar som psykiatrikern står för själva intervjusituationen och tolkningen av svaren? Vilken roll spelar skilda kulturella förväntningar vid uppkomsten av depressioner?

Avsaknad av nivå*diskussion* handlar främst om hur beteenden och upplevelser kan förklaras utifrån en bio-kemisk nivå och omvänt, hur bio-kemiska korrelat kan förklara beteenden och upplevelser hos en människa.

Med utlösande faktor avser man ibland en yttre faktor vilken kan *bidra* till att en endogen depression utvecklas. Men man kan också mena, att en utlösande faktor är en *nödvändig* yttre faktor för att karakterisera en depression som exogen. Det framgår dessutom sällan *explicit* om utlösande faktor syftar på en tillräcklig, nödvändig eller bidragande faktor, vare sig vid endogen eller exogen depression.

Den femte kritiska anmärkningen är, att man inom den psykiatriska forskning-

en sällan beaktar den depressiva upplevelsens subjektiva karaktär. När en diagnos ställs blir det givetvis psykiatrikern som i sista hand avgör om depressionen kan anses vara knuten till ett specifikt yttre objekt eller inte. Men det som för patienter med sin speciella livshistoria är en omvälvande händelse kan för psykiatrikern uppfattas som enbart banal.

Några av de kritiska anmärkningar jag ovan tagit upp gäller också denna undersökning. Jag har i liten utsträckning satt in depressionsproblematiken i ett samhälleligt perspektiv. Vidare är de sociala faktorer jag behandlat ganska "enkla". Jag har emellertid med hjälp av fallbeskrivningarna delvis försökt fånga de mer sammansatta processerna som finns bakom en depression.

5.3 Några framträdande skillnader mellan olika diagnosgrupper i undersökningen

Det är viktigt att understryka, att den resultatdiskussion som följer baserar sig på ett relativt litet urval patienter. De polikliniska patienterna ingår inte eftersom dessa inte erhåller någon diagnos vid psykiatriska kliniken på Akademiska sjukhuset. Gruppen som fått diagnosen endogen depression består av 13 patienter mot 19 patienter med diagnosen exogen depression (8 neurotiskt deprimerade och 11 reaktivt deprimerade). När jag tar upp partnerrelationen och föräldrarelationen är diagnosgrupperna ännu mindre. Man får alltså vara mycket försiktig med att dra några långtgående slutsatser av resultaten.

Ett exempel på skillnader man inte kunde förvänta sig är, att de endogena patienterna nämner att de varit med om fler *"svåra händelser"* än de reaktiva patienterna (2,9 mot 2,5). Åldern kan inte förklara denna skillnad, de endogena patienterna är t.o.m. något yngre än de reaktiva patienterna. Vad som är intressant att notera är, att de endogena patienterna i högre grad än de övriga tagit upp "händelser som spolierat viktiga planer". En relativt vanlig händelse de reaktiva patienterna nämnt är "att man varit med om en allvarlig olycka eller varit svårt sjuk". Det tycks vara händelser vilka är svårare att urskilja som är vanliga bland de endogena patienterna.

Om närvaro av mycket svåra händelser brukar vara en indikator på exogen depression, så brukar i allmänhet förhållandet att *"en nära anhörig varit deprimerad"* utgöra ett tecken på endogen depression. Även på denna fråga fick vi ett något oväntat resultat. Det är i första hand de med diagnosen neurotisk depression och i andra hand de med diagnosen endogen depression som haft en nära anhörig (förälder eller syskon) som varit deprimerad. En förklaring till resultatet kan ju vara, att för de neurotiska patienterna handlar det om ett socialt arv och för de endogena patienterna om ett biologiskt arv. Men hur avgör man vad som är orsak och verkan i ett komplicerat samspel?

En teoretisk artikel av R. Drake & J. Price tar upp de problem som kan följa av att föräldrarna varit deprimerade under ens uppväxt.

"Predisposition to depression can generally be related to development in early childhood and the presence of parents struggling with their own depression and dependency. Such parents tend to overprotect and do for the child in the passive and more active stages of infancy in order to meet their own needs to feel worthwhile and necessary" (s. 164).

Förutom att föräldrar som är depressiva till sin läggning passiverar barnen så överför de sin egen låga självaktning på barnen (de projicerar sin egen självaktning och håller dem ständigt nere), menar författaren. En tredje betydelsefull faktor de nämner är, att sådana föräldrar lär barnen att bedöma sig själva efter yttre kriterier (ett vackert hem, fina kläder, akademiska meriter). På det viset ökar de både sina egna och barnets beroende av yttre kriterier ("extrinsic standards") och följden blir ett svagt inre. En empirisk studie (Weissman & Paykel, 1974) har också konstaterat, att depressiva kvinnor fungerar sämre i förhållandet till sina barn. De hade t.ex. svårigheter att prata med barnen, de kände inte samma värme för barnen och det uppstod ofta konflikter med barnen.

En fråga där man kunde förväntat sig olika svar från patienterna var frågan om *"dominerande problem"*. Det fåtal patienter som inte kunde ange några speciella bakomliggande problem tillhörde dock i lika stor utsträckning den endogena diagnoskategorin som den reaktiva diagnoskategorin (cirka 1/5). Här finns det skäl att åter poängtera, att man måste vara mycket försiktig med att dra några slutsatser av detta undersökningsresultat eftersom det bygger på så få individer.

Om vi bortser från att det *kan* finnas orsaker till depressioner som i första hand är biologiska, finner jag åtminstone två möjliga förklaringar till varför en del människor inte kan ta fram något speciellt bakomliggande problem. Den första skulle vara, att de har en sådan utpräglad depressiv personlighet att de helt enkelt har svårt för att tolka sina reaktioner. Skälet till detta är att man är låst i vissa bestämda tankebanor och har svårt för att se sig själv i olika perspektiv.

En annan tänkbar förklaring till att några av de intervjuade inte har kunnat ange någon tänkbar bakomliggande faktor till depressionen har att göra med begreppet självuppfyllande profetia. Det kan vara så, att det inte hänt något speciellt före depressionen mer än att man kanske känt sig obehaglig till mods t.ex. p.g.a. trötthet, influensa eller bagatellartade saker. Denna olustkänsla kan man då ha förstorat upp med hänvisning till att man ju alltid brukar bli deprimerad till våren eller att doktorn sagt att min depression är en sjukdom som jag inte kan göra mycket åt. Vi kan se på ett fall där det inte fanns "något speciellt" som låg bakom depressionen, men där man kan finna förhållanden som talar för båda förklaringarna.

M är en kvinna i 40-årsåldern som fått diagnosen endogen depression. Hon står sedan en längre tid tillbaka på litiumbehandling. Hon känner sig som en kossa när hon tar litium, inga svängningar alls i stämningsläget. Hon önskar själv gärna se sina problem som en sjukdom och det har förmodligen fört med sig ett mer hänsynstagande och accepterande från familjens sida. Tidigare bagatelliserade man hennes problem och tyckte hon skulle 'rycka upp sig, vad surar du för' etc. Nu säger man: 'Jaså har du en period igen' och tar det mer självklart. Hon vill själv inte heller prata med familjen så mycket om det och säger att hon är ganska nöjd med som det är. Efter intervjun säger M att hon tycker minnet är

dåligt. Hon har haft så många depressioner att det är svårt att hålla isär dem. Intervjuaren tycker dock inte att minnet är dåligt, när hon tänker till lite verkar hon minnas och ge ärliga svar.

M säger att hon varit deprimerad varje höst och vår sedan hon var 18 år. De depressiva perioderna brukade vara i cirka 2 månader. Hon har också varit deprimerad efter alla sina förlossningar (3 barn). I början av 1972 tog hon sin första psykiatriska kontakt och var inlagd någon vecka på Psykiatriska kliniken. Hon fick mycket psykofarmaka och kände sig hyperaktiv. Hon kan själv inte se att det finns något speciellt som låg bakom depressionen. Hon ser nu upplevelserna som sjuka och orimliga. M tyckte alla var dumma och livet var pyton. Hon tyckte hon stod utanför sig själv.

Om vi då ser något på hennes bakgrund så kan nämnas att hon växte upp i ett typiskt överklasshem. Fadern hade ett kvalificerat specialistyrke och modern var 'piga med överklassvanor'. I gymnasiet blev M med barn vilket medförde att hon blev relegerad. Efter barnets födelse blev hon kraftigt deprimerad (detta var den första riktiga depressionen). Därefter har hon alltså alltid blivit deprimerad efter förlossningarna och har då även ständigt migrän.

Tiden före den första psykiatriska kontakten var M hemmafru. Hon hade en stor bekantskapskrets, med flera nära vänner. M var mycket aktiv i föreningslivet och hade även flera andra fritidsintressen. Under denna period avled M:s far, som varit sjuk en längre tid. Med fadern hade M haft bra kontakt. Man talade dock mest om abstrakta saker och man hade ingen kontakt på det personliga planet. Med modern har M inte haft kontakt på något plan. M anser att modern har ställt stora krav på henne och varit en dominerande part. M:s make har liksom fadern ett mycket kvalificerat arbete, som han trivs mycket bra med. Kontakten med maken var något sämre 1971 än nu och då främst när det gäller M:s personliga problem. Men hon tyckte ändå att de kunde prata med varandra om det mesta.

Diskussionen hittills har rört distinktionen endogen/exogen. Men det kan även vara intressant att se om det finns några märkbara skillnader mellan de neurotiska patienterna och de reaktiva patienterna. Det visar sig att *"bristande djup kontakt"* är mest vanlig bland dem som fått diagnosen reaktiv depression (endast 1/3 ansåg sig ha djup kontakt med partnern). Denna diagnosgrupp anger däremot inte så ofta *krav i relationen*. Det omvända gäller för dem med diagnosen neurotisk depression, vilket inte är ett överraskande resultat. För de med diagnosen reaktiv depression har det i allmänhet varit en utpräglad, relativt isolerad händelse, som utlöst depressionen. Det dominerande bakomliggande problemet för både reaktiva och neurotiskt deprimerade är separation (se s. 50ff). Det antagande jag gör är, att frågan om djup i högre grad berör den aktuella situationen. Man hade svårt för att prata öppet med varandra just tiden innan depressionen. Att uppleva krav tror jag däremot är en mer beständig känsla i ett förhållande. Upplever man betungande krav i dag är det stor sannolikhet att man också upplevt detta i början av ett förhållande med den skillnaden kanske att man då lyckades svara upp mot förväntningarna. Jag tror även man kan hävda, att upplevelsen av krav mer hänger samman med en depressiv personlighet än vad bristande djupkontakt gör.

Tesen att de neurotiskt deprimerade i högre grad utmärks av att vara deprimerade personligheter stöds också av att dessa patienter har den mest negativa relationen till föräldrarna. De uppfattar i större utsträckning att *föräldrarna dominerar* över dem. Ingen av de 4 neurotiskt deprimerade ansåg att de hade *djup kon-*

takt med sina föräldrar, mot 5 av de 8 med diagnosen reaktiv depression.

En variabel där de med diagnosen reaktiv depression skiljer sig mycket från samtliga andra grupper är "*tillgången till fritidskontakter*". De umgås i genomsnitt med cirka fem personer på fritiden, drygt hälften mot de övriga grupperna. En tänkbar förklaring är, att när det inträffar *en isolerad mycket svår händelse*, en vanlig bakgrund för de med diagnosen reaktiv depression, så hjälper det en att klara upp problemen om man har många vänner att ty sig till. Det är antagligen också lättare för ens vänner att ställa upp i ett sådant fall jämfört med när problemen är av mer sammansatt natur. Denna tolkning stöds av att de deprimerade i kontrollgruppen oftare tog kontakt med bekanta för att få hjälp vid depressioner. Dessa hade förmodligen, om de sökt psykiatrisk hjälp, i de flesta fall just fått diagnosen reaktiv depression (se t.ex. fall K, s. 48).

Om vi till sist återknyter diskussionen till distinktionen endogen/exogen depression finner vi inget stöd i vår undersökning för denna dikotoma uppdelning. För ingen av de studerade variablerna har vi funnit signifikanta skillnader mellan de båda diagnosgrupperna.

B. Teoretisk del

6 Ernest Beckers teori

Inledning

Utgångspunkt för den empiriska undersökningen har varit en teori av den amerikanske filosofen, sociologen m.m. Ernest Becker.[1] Han är inte särdeles känd i Sverige och brukar ofta förväxlas med stämplingsteoretikern Howard Becker. Första gången jag kom i kontakt med Ernest Beckers teori var för några år sedan i Hans Lohmans (1973) utredning om den psykiska hälsan. Jag har därefter allt mer fängslats av den bredd och framför allt det djup som jag funnit i Beckers böcker. Resultatet har blivit att jag slutligen valt att göra en omfattande teoretisk analys av Beckers teori och inte enbart använda den som teoretisk referensram. Den starka anknytningen till Becker förstärks av att jag i den teoretiska analysen av resultaten kommit att utgå från vissa dimensioner jag funnit vara centrala i teorin.

Jag har inte funnit någon annan teoretisk ansats som bidrar med så stort förklaringsvärde som Beckers teori. Några teoretiska alternativ hade varit att utgå från Meads symboliska interaktionism, någon eller några stämplingsteoretiker, inlärningspsykologisk teori, Becks kognitiva teori, någon eller några neofreudianska teorier, Mertons anomiteori eller Marx' alienationsteori. Eftersom mitt arbete har en socialpsykologisk inriktning så är dessa teorier för allmänna (sociologiska) eller för begränsade (psykologiska) eller har för lite anknytning till depressioner (t.ex. Mead).

Om jag närmare skall precisera skälen till varför arbetet i så hög grad inriktats på Ernest Beckers teori kan det göras i följande fyra punkter:

1) Teorin är flerdimensionell.
2) Teorin svarar mot den erfarenhet (teoretiskt, empiriskt och praktiskt) jag har av depressioner.
3) Teorin sammanför flera teoretiska inriktningar till en helhet.
4) Beckers människosyn som den framträder i teorin.

För att börja med den sista punkten så ser Becker människan som främst en medvetet handlande varelse. Hon är bestämd av och bestämmande sina sociala förhållanden i ett historiskt perspektiv.

"We can see that life as we know it, cultural life in a human world, does not act *on* the person: it acts *through* him. We live and we become (in part) the objects that we help create. Constituted of the fiction, we in turn constitute it. Our life-style and our world create each other" (1964, s. 160).

Detta förhållande är något som även inbegriper den kritiske vetenskapsman-

nen. Becker hävdar, att det är ofrånkomligt att en personlighetsteori delvis bestäms av sociala och moraliska dimensioner.

"We know man needs action and objects, and as we shall see later, choices and conviction. But whatever we find out about human needs, the fact remains that *the kind of people we make depends on the kind of people we want*. The social and moral dimensions of personality theory are inescapable" (a.a., s. 167).

Becker föreföll att besitta en synnerligen rik kunskap inom det samhällsvetenskapliga och beteendevetenskapliga området. Teorin utgör en syntes av många teoretiska inriktningar. Nämnas kan existentialismen (bland annat Heidegger, Kierkegaard), neofreudiansk teori (bland annat Rank, Adler, Bibring, Fromm), spelteori (Szasz) och symbolisk interaktionism (bland annat Goffman, Dewey, James). Det är kanske inte helt riktigt att karakterisera de båda sistnämnda som symboliska interaktionister, men både John Dewey och William James var bland de första som intog interaktionistiska ståndpunkter (Berg, 1976, s. 13). Becker framhåller Deweys betydelse för teorin i inledningen till "Revolution in Psychiatry" och menar att undertiteln till boken kunde vara "A Deweyan Theory of Mental Illness".

Det är ju relativt vanligt att det blir ett något intetsägande "hopkok" när man som Becker hämtar sina intryck från flera divergerande teorier. Men vad som är kännetecknande för Becker är att han på ett nästan unikt sätt sammanför olika perspektiv så att syntesen ger både en klarare och djupare bild av mänskligt beteende. Becker menar, att vi idag har en enorm kunskap i ämnena antropologi, socialantropologi och psykiatri och han har den icke blygsamma ambitionen att förmedla "an excellent general theory of human nature" som kan utläsas av upptäckterna inom dessa områden (1971, s. vii).

Beckers teori är ofta mycket svårtolkad, bland annat som en följd av att den är flerdimensionell och begreppen är hämtade från skilda teoretiska skolor. Ett exempel på detta är, att det många gånger är oklart vilken nivå han studerar. Det är aldrig uttalat när han behandlar människans allmänna villkor eller när han syftar på människans specifika villkor. Man kan även urskilja en tredje betydelsefull nivå i teorin som kan kallas människans kulturspecifika villkor, d.v.s. vilka bestämningar finns i den kultur vi lever. En annan svår nivådistinktion är den mellan människans yttre och inre liv. I den strukturering jag gör av teorin försöker jag skilja på det yttre livet och det inre livet, medan Becker ofta rör sig på båda dessa nivåer samtidigt. Den teoretiska analys som jag presenterar grundar sig alltså på att *jag* väljer olika aspekter av det mänskliga livet som *utgångspunkt*.

Jag har funnit det fruktbart att ha följande nivåer som utgångspunkt:

1) Vår ontologiska position som människa.

2) Människans kulturspecifika villkor.

3) Det yttre livet.

4) Det inre livet.

Denna referensram sammanfattas med hjälp av en enkel modell i sammanfattningen av teorin (s. 130). Det bör i anslutning till detta framhållas att vad jag gör är en explikation av Beckers teori, d.v.s. de teser jag tillskriver Becker finns inte alltid uttalade i texten utan antas bli följden av hans allmänna resonemang. I de fall jag är osäker på tolkningen tar jag upp detta till diskussion. Det är emellertid svårt att i texten göra en gränsdragning mellan omformulering, tolkning och vad jag antar borde följa av teorin.[2] Tyngdpunkten, tror jag, kan sägas ligga på tolkning. Det teoretiska arbetet har dock främst bestått i att försöka systematisera Beckers teser. Teorin är synnerligen komplex och jag har ibland varit tvungen att avbryta diskussionen eller föra över den i fotnoterna för att inte förlora helheten.

Jag kommer att behandla Beckers generella teori som täcker många fenomen på flera nivåer. Men mitt huvudintresse är givetvis depressioner och jag anknyter, så ofta som möjligt, den mer generella teorin till depressionsproblematiken. Jag har funnit det nödvändigt att relativt ingående presentera Beckers generella teori för att man därigenom bättre ska kunna förstå depressionsteorin. Den generella teorin och depressionsteorin är så sammanvävda att det är svårt att skilja dem åt. Många av de resonemang som tas upp i den generella teorin är främst tillämpbara på depressiva problem, även om Becker inte alltid nämner detta. I den avslutande sammanfattningen inriktar jag mig dock helt på Beckers teori om *depressioner*. Det bör vidare påpekas att jag främst är inriktad på den *socialpsykologiska nivån*, vilket innebär att det är kopplingen mellan det yttre och det inre livet (nivå 3 och 4) som ges den största uppmärksamheten.

I det första avsnittet presenteras ett allmängiltigt antagande som man kan ställa sig tveksam till (jag är själv osäker på om man kan dra så långtgående slutsatser som Becker gör). Becker menar nämligen, att alla livets yttringar på något sätt har att göra med vår fruktan för döden. Det är framför allt i sin sista bok "Dödens problem" (den enda som är översatt till svenska) som Becker betonar människans ontologiska position, som alltså kännetecknas av att vi är de enda djur som har kunskap om vår egen död. Jag anser dock, att den tyngd man ger detta antagande inte behöver återverka på förståelsen av den socialpsykologiska teorin.

En viktig fråga som jag valt att diskutera inledningsvis är huruvida Becker, när han talar om den deprimerade, avser den potentiellt deprimerade eller den som är akut deprimerad. Problemet är att han i flera sammanhang förefaller syfta både på den deprimerade personligheten och på den som blivit deprimerad.

"Den deprimerade personen är så rädd för att vara sig själv, så ängslig för att utveckla sin egen individualitet, hävda sin egen mening, hålla fast vid sina egna betingelser för livet, att han bokstavligen talat förefaller *dum*. Han tycks inte kunna förstå den situation han befinner sig i, kan inte se bortom sin egen skräck, kan inte fatta varför han sjunker ner i dyn" (1975, s. 101).

Becker syftar i detta citat på den depressiva psykosen[3] som han menar finns på ytterändan av ett kontinuum (möjligheternas kontinuum — se vidare s. 112) där den "normale" befinner sig i mitten och den schizofrene befinner sig på den andra ändan av detta kontinuum. Här beskrivs processen som leder till att man hamnar i den ena ytterligheten. Men denna process mot ytterligheten kan ha pågått hela

livet. I "Dödens problem" (1975) beskrivs depressionen i första hand som en enda lång livsprocess utan några egentliga kvalitativa språng.

I de två övriga böckerna jag utgår ifrån, "Birth and Death of Meaning" (1971) och framför allt "Revolution in Psychiatry" (1964), är det främst en kritisk händelse i en människas liv som innebär att en depression utvecklas. Det är människor med speciella personliga egenskaper, vilka formats under hela livet, som vid en kritisk händelse löper störst risk att bli deprimerad. Det som utlöser depressionen är vanligen att ens självaktning utsätts för alltför stora påfrestningar. Men man finner också i dessa böcker att Becker enbart syftar på den som *blivit* deprimerad. Det gäller i första hand då skuldspråket och självanklagelserna behandlas. Men även när Becker beskriver den deprimerades speciella språk måste man vara försiktig med tolkningen eftersom skuld också lättare kan upplevas av vissa människor (1964, s. 186). Om man försöker sammanföra Beckers två allmänna synsätt (depressionen som en långvarig process respektive ett kvalitativt språng) kan man kanske säga att depressionen är ett uttryck för, en karikatyr av det alldagliga tillstånd som många människor lever under. Balansen har av olika skäl rubbats (självaktningen har utsatts för påfrestningar) och man glider längre och längre ut på det kontinuum som är kännetecknande för den depressiva personligheten.

Sammanfattningsvis kan man säga, att det finns tre moment som utgör bestämningen av det Becker kallar "the depressed patient" eller "the depressed person":

1) Det som kännetecknar en person som löper stor risk att bli deprimerad.

2) Den process då man blir deprimerad.

3) Tillståndet när man är deprimerad.

Man kan helt enkelt inte göra någon klar distinktion mellan dessa tre moment eftersom de är så intimt sammanvävda med varandra. När jag uppfattar att Becker betonar något av dessa moment i texten påpekar jag detta. Jag kallar den potentiellt deprimerade för *"den deprimerade personligheten"* och då Becker troligen syftar på alla tre momenten för *"den deprimerade personen"*. När jag uppfattar att Becker i första hand syftar på den som är eller blivit deprimerad benämner jag detta *"den deprimerade"* eller *"den som blivit deprimerad"*. En anledning till att man som läsare lätt blir begreppsförvirrad är att Becker använder traditionell psykiatrisk terminologi, men att han lägger in en helt annan innebörd i orden.

"It is well to be clear at the very beginning that these words (bland annat depression, min anm.) are used only as pointers; in the present stage of knowledge and history it would be impossible to communicate without them. As they are used here they mean quite different things than they do in medical psychiatry; they permit us to conceptualize ways of being in the world, ways of reacting to experience, to which no medical valuation is attached" (a.a., s. 6).

Efter varje huvudavsnitt tar jag fram det som i det sammanhanget utgör en huvudtes vad beträffar depressioner. Jag bygger därefter på dessa huvudteser vartefter avsnitten redovisas. Becker gör ofta jämförelser mellan schizofreni och depression och det går därför inte att bortse från den diskussion han för om schi-

zofreni. Jag har därför också valt att ta med schizofreni i det översiktliga schemat, men utan att göra anspråk på att närmare behandla detta tillstånd. Flera av huvudteserna som syftar på den schizofrene personen är ganska dåligt underbygda (tas ej upp i texten och jag har ej närmare studerat dem).

6.1 Vår ontologiska position som människa

6.1.1 Fruktan för döden

I den bok som Becker benämner "mitt första mogna arbete" — "Dödens problem" (1975, s. 11) — är

"... ett nätverk av argument grundade på uppfattningen att fruktan för döden är universell — eller skräcken som jag föredrar att kalla den..." (a.a., s. 31).

Människans tragedi är, enligt Becker, att hon är ett "kreatur" och samtidigt är medveten om att hon är ett "kreatur". Hon är som inga andra djur medveten om sin egen dödlighet. Detta återspeglas i alla livets yttringar även om vi ofta lyckas maskera denna fruktan mycket väl. Det är alltså inte fråga om några enkla samband mellan dödsfruktan och t.ex. risken att bli deprimerad. Det behöver inte vara en medveten dödsfruktan och vidare, som jag kommer att försöka visa nedan, är den inverkan dödsskräcken har på livet både sammansatt och inbegriper många mellanliggande led. Det torde därför vara tämligen fruktlöst att empiriskt försöka verifiera eller falsifiera Beckers antagande.

Becker menar, att t.o.m. salige Freud lyckades förtränga att människans grundläggande ångest är rädslan för döden. Ändå var Freud ofta upptagen med tankar om döden, han tycks t.ex. hela livet ha sysslat med föreställningar om sin egen dödsdag. De sexuella problemen som Freud framhävde som människans grundläggande problem, menar Becker, är en mycket framträdande yttring av dödens problem.

"Detta för fram hela frågan om varför sexualiteten är ett så universellt problem... Personen är både ett jag och en kropp, och från början råder förvirring i fråga om var 'han' verkligen 'är' — i det symboliska inre jaget eller i den fysiska kroppen... Barnet lär sig så småningom att dess frihet som unik varelse hålls tillbaka av kroppen och dess bihang som föreskriver 'vad' det är" (a.a., s. 60).

Denna erfarenhet får barnet oberoende av föräldrarnas uppfostran (a.a., s. 81).

Becker försöker någon gång föra samman den existentiella synen med en sociologisk inriktning. Ett exempel är den omdiskuterade involutionsdepressionen, d.v.s. de depressioner som utvecklas i samband med klimakteriet. Traditionella psykoanalytiker kopplar samman denna depression med "de sexuella drifterna". Sociologiska rollteoretiker (till vilka Becker säger sig ha hört för 10 år sedan) menar, att depressionen inträffar i en kvinnas ålder då hon förlorar flera av de roller som gav henne självaktning tidigare (bland annat moderns, älskarinnans).[4]

"Vid det här laget är det lätt för oss att förstå att klimakteriet helt enkelt återuppväcker skräcken för kroppen, kroppens fullständiga bankrutt som ett livsdugligt causa suiprojekt – exakt samma upplevelse som ger upphov till den tidigare oidipala kastrationsångesten. Kvinnan påminns på det kraftigaste om att hon bara är ett djur" (a.a., s. 250).

Becker menar, att "återupplevelsen av kastrationsångesten" för det mesta maskeras. Men det är när kvinnan saknar godtagbara sociala roller som klimakteriet riskerar att utvecklas till en depression. Man kan alltså säga, att kulturen tillhandahåller lämpliga/olämpliga försvarsmekanismer för att bemästra grundläggande existentiella problem.

Skräcken för döden kan sägas vara resultatet av motsättningen mellan kroppen och jaget. Det är p.g.a. jaget som vi kan se bakåt och framåt i tiden och därigenom tänka oss kroppens död.

"Kroppen utgör utan tvivel det hinder som människan måste övervinna, artens börda av sönderfall som belastar jagets inre frihet och renhet. I denna mening blir jagets grundläggande problem huruvida arten (kroppen) kommer att dominera ens individualitet (det inre jaget). Detta förklarar all hypokondri, då kroppen utgör det viktigaste hotet mot ens existens som självförevigade varelse" (a.a., s. 262).

Jagets frihet inskränks både rumsligt och tankemässigt av att vara bunden till en kropp som inom en inte alltför avlägsen framtid skall vara död.

En yttring i det mänskliga livet av denna motsättning mellan kroppen och jaget utgör depressionen.

"Ett annat komplicerat förhållande hos depressionens dynamik som vi har förbisett är det som Rank har visat på: driften att odödliggöra och föreviga sig själv genom att behaga den andre, genom att anpassa sig till den kodex för beteende som han representerar" (a.a., s. 246).

Den deprimerade personligheten har en stark önskan att hennes liv har sådan betydelse för andra att hon därigenom gör sig oersättlig. Hennes livsverk måste på något sätt leva vidare. Denna starka önskan är sålunda en följd av skräcken för att man trots allt bara är ett djur som måste dö. Det paradoxala för den deprimerade personligheten är att hon tillfredsställer denna önskan genom att inskränka på jagets frihet, d.v.s. den förmåga som innebär att hon kan gå utöver kroppens begränsning. Becker fortsätter längre fram och sammanfattar:

"Depressionen utgör därför en produkt av skräcken för liv och död och hungern efter självförevigande" (a.a., s. 247).

Den deprimerade personligheten har försökt odödliggöra sig genom att inskränka på jagets frihet.

6.1.2 Fruktan för livet

"/Heidegger/ hävdade att människans grundläggande ångest är dels en ångest *över* att existera i världen, dels en ångest *av* att existera i världen, d.v.s. både rädsla för döden och rädsla för livet, för erfarenheten och individblivandet" (a.a., s. 73).

(Det kan nämnas att Becker hämtar mycket av sin diskussion om människans allmänna villkor från existentialismen och då främst från Kirkegaard.) Vår grundläggande ontologiska rädsla för livet kan dels sägas vara en följd av rädslan för döden. "Vad ska jag kunna göra av mitt liv som är meningsfullt när jag ändå skall dö?" Men rädslan för livet är också en rädsla som är speciellt knuten till jaget, vilket det inledande citatet i detta avsnitt belyser. Vi kan tack vare jaget samla på medvetna erfarenheter och vi vet att vi kan förändras. Våra erfarenheter kan inge oss rädsla och vi fruktar vad framtiden skall bära i sitt sköte för oss. "Vad har vi varit? Vad skall vi bli?" Det är alltså framför allt rädslan för vad dagens misstag och val skall ha för återverkan på vårt framtida liv som utgör "livets problem" (1964, s. 33).

Samtidigt hävdar Becker, i andra sammanhang, att vi tack vare jaget kan undvika ångest bland annat genom att göra förutsägelser ("meaning", se s.107). Dessa kanske till synes motsägelsefulla ståndpunkter kan bättre förenas om vi beaktar följande tre faktorer:

a) Tiden.

b) Säkerheten i prediktionen.

c) Positivt eller negativt innehåll i prediktionen.

"Livets problem" har, till skillnad från förutsägelser som reducerar ångesten, *mer* att göra med vårt liv i ett längre tidsperspektiv, osäkra prediktioner och prediktioner med negativt innehåll. Att det handlar om ett längre tidsperspektiv innebär också att "livets problem" är ett mer allmänt problem jämfört med "undvikande av ångest".

6.1.3 De ontologiska tvillingmotiven

Människans ontologiska position, d.v.s. fruktan för döden och livet, är sammanbundna med två ontologiska motiv. Becker benämner dem efter den kristna mytologin Eros och Agape. Om man ger efter för kroppen så tillfredsställer man Agape-motivet och om jaget får större utrymme tillfredsställer man Eros-motivet. *Agape* står alltså för *begränsning av ens möjligheter* och *Eros* för *vidgandet av möjligheterna*.[5] Det är fruktan för döden som har "skapat" Agape-motivet och fruktan för livet har "skapat" Eros-motivet. De ontologiska tvillingmotiven kan sålunda sägas vara en följd av vår position som människa.

Det mänskliga dilemmat är att man inte kan ge efter för något av dessa motiv, vilket alltså beror på motsättningen kropp – jag.

"Mentalsjukdomen är således en fråga om svaghet och dumhet, även om detta låter paradoxalt. Den återspeglar okunnighet om hur man uppfyller de ontologiska tvillingmotiven" (1975, s. 289).

Den bästa lösning som står oss till buds är att vi tar viss hänsyn till Eros och viss hänsyn till Agape ("en liten dos av Eros och en behaglig Agape", a.a., s. 204). Om man ger efter för det ena ontologiska motivet så är det mycket svårt att upp-

fylla det andra. Men det förefaller inte vara helt omöjligt. Det skapande geniet ger uttryck för det mest intensiva Eros, men måste samtidigt avstå från sitt arbete (d.v.s. tillfredsställer Agape-motivet) eftersom det inte kan ge frälsning (a.a., s. 204).[6]

Det som styr och motiverar det mänskliga handlandet är strävan efter självaktning och i dess mest ideala form att vara hjälte, d.v.s. människan strävar efter att nå självaktning oberoende av tid och rum (se s. 122 f). Frågan om vilket inflytande vi låter Eros respektive Agape ha på våra liv har att göra med om vi är medvetna om att livet är ett heroiskt problem.

Man finner i Beckers framställning ett idealt tillstånd för oss vad beträffar de ontologiska tvillingmotiven. Detta ideal kan relateras till vår allmänna skräck för livet och döden. Om det översätts till ett traditionellt psykologiskt språk så svarar detta ideal mot största möjliga självaktning med minsta möjliga ångest som följd. Den bästa lösningen på det mänskliga dilemmat kan sammanfattas i fyra punkter:

1) Det bör råda jämvikt mellan Eros och Agape, d.v.s. jämvikt mellan vår vilja att bejaka oss själva och att foga oss.
2) Vi bör ej hänge oss åt för mycket eller för lite Eros respektive Agape. Denna punkt hänger intimt samman med föregående; om vi låter ett av motiven få ett mycket stort inflytande över oss så går det oftast ut över det andra motivet.
3) Vi bör känna till hur vi uppfyller Eros och Agape.
4) Vi bör veta varför vi uppfyller Eros och Agape.

Sammanfattande schema:

	Den deprimerade personen	*Den schizofrene personen*
a) Vår ontologiska position som människa	För mycket Agape (d.v.s. vilja att foga sig)	För mycket Eros (d.v.s. vilja att bejaka sig)

6.2 Människans kulturspecifika villkor

6.2.1 Bestämning av kultur

Kultur i Beckers mening syftar i princip på hela "den samhälleliga strukturen". Tonvikten kan dock sägas ligga mer på den "ideologiska strukturen" än på t.ex. "den ekonomiska strukturen". Jag sätter samhällelig struktur, ideologisk struktur och ekonomisk struktur inom citationstecken eftersom begreppen är problematiska och jag inte har någon avsikt att definiera dem.

Vilken bestämning ger då Becker begreppet kultur?

"Culture is a structure of rules, customs, and ideas, which serve as a vehicle for heroism. It is a logical extension of the early development, and the need for self-esteem" (1971, s. 78).

Becker preciserar inte närmare vad han menar med kultur än vad som anges i detta citat. Men detta avsnitt tyder på att Becker med kultur menar regler, seder, idéer som finns i individens direkta sociala situation. Det gäller knappast övergripande regler för det ekonomiska livet (t.ex. förhållandet mellan kapital och arbete). Men följande citat där Becker inte direkt nämner kultur, men som står under rubriken "Identity and Cultural Choice", tyder på att kultur står för "alla samhällsfenomen".

"The individual is born into a world in which it has been predicided that the promotion of free enterprise and the sale of goods is the dominant problem in meeting the challenge of life" (1964, s. 223).

En annan aspekt som talar för denna tolkning är att Becker är kulturantropolog, vilka i allmänhet med kultur menar "hela samhällssystemet".

Man kan möjligen öka förståelsen av Beckers teori genom att skilja på begreppen kultur och samhälle. Becker gör själv ingen distinktion mellan kultur och samhälle, men det sätt på vilket han använder begreppen antyder en viktig skillnad. Jag kommer i fortsättningen att använda kultur i betydelsen "samtliga tänkbara handlingsmöjligheter som finns utanför individens omedelbara kontroll" och samhälle i betydelsen "det som begränsar samtliga tänkbara handlingsmöjligheter". Distinktionen avser inte att vara exakt. Kultur har mer att göra med "den ideologiska strukturen" och samhälle syftar i första hand på "den politiskt-ekonomiska strukturen".

6.2.2 Kulturens och samhällets betydelse för det individuella livet

I det förstnämnda citatet i detta kapitel säger Becker, att reglerna, sederna och idéerna i kulturen tjänar som instrument för individen att nå självaktning. Kulturen skulle ange yttre riktlinjer eller tillhandahålla hjälpmedel för individen att nå självaktning.[7] Men detta är bara den ena aspekten, det dominerande samhällssystemet *begränsar* de möjligheter som *skulle kunna* stå till buds. Samhället begränsar handlingsmöjligheterna för individen att i sitt mest ideala tillstånd bli en hjälte (bland annat det sistnämnda citatet tyder på detta).

Själva poängen med kulturens inflytande på det individuella livet blir att den innanför människans allmänna villkor (som också återspeglar sig i kulturen) sätter upp ramar för vad som är tänkbart. Den första (yttersta) ramen är bestämd av att vi är djur som måste dö. Den andra (inre) ramen är bestämd av att vi lever tillsammans med andra människor.

"Culture *provides* (min kurs.) just those rules and customs. . . one crucial function of culture is to make *continued* self-esteem possible. Its task, in other words, is to provide the individual with the conviction that he is *an object of primary value in a world of meaningful action*" (1971, s. 79).[8]

Kulturen tillhandahåller de regler etc. som gör det möjligt för oss att nå självaktning. I detta sammanhang understryker Becker att kulturens uppgift är att ge

självaktningen kontinuitet. Man kan tolka detta som att vi i princip kan välja mellan ett obegränsat antal alternativ att nå självaktning, men om vi önskar vara säkra på att den skall bestå måste vi välja ett sätt som är sanktionerat av kulturen.

Kulturens andra funktion, förutom att ge säker självaktning, är att ge människan säkerhet i tillvaron (a.a., s. 83). Om vi föregriper ett senare avsnitt (s. 117f) och går in på medvetandet, så strävar människan efter att nå självaktning utan att få ångest. Kulturen skulle alltså tillhandahålla vissa förhållningssätt vilka är predicerbara och gör det därigenom lättare för oss att undvika ångest. Becker menar, att status och roller (kulturella fenomen) gör beteendet predicerbart (a.a., s. 81).

Eftersom vi är så angelägna att nå självaktning utan att få ångest anammar vi (indirekt genom uppfostran och "direkt" i konfrontation med den yttre verkligheten) mycket lätt hela kulturella system utan någon urskiljning.

"The result is that people willingly propagate whole cultural systems that hold them in bondage, and since everyone plays in the same hero-game, none can see through the farce" (a.a., s. 86).

Vi inordnas redan vid den tidiga socialisationen i det rådande kulturella systemet. Becker antar, att vi alla befinner oss inom samma kulturella system. Han kan med detta mena något så trivialt som att vi i tid och rum är begränsade till samma samhälle. Men jag finner det för troligt att Becker syftar på att det i ett visst samhälle finns vissa roller, regler, seder etc. som är helt dominerande. Alla människor fogar sig dock inte i de givna rollerna eller finner reglerna vara tillämpbara på dem, men kan samtidigt inte heller ställa sig utanför samhällssystemet, än mindre det kulturella systemet. Resultatet blir att de helt enkelt kommer att betraktas som avvikare.

"Individual and culture are inseparable. The individual finds answers to the four common human problems (hur man når självaktning utan ångest, min anm.)[9] in a cultural world. He finds himself enmeshed in the answers provided for by social institutions—by a whole accumulated tradition of cultural learning" (1964, s. 131—132).

I detta avsnitt framhäver Becker kulturens roll relativt mycket. Becker har ett mycket varierande och målande språk och hans sätt att förmedla sina teser gör det svårt att få klart för sig hur samspelet kultur—individ fungerar.

". . . individual means and ends are always distilled down from social means and ends" (a.a., s. 212).

Vilka mål betraktas som eftersträvansvärda i den kultur vi lever i? Vilka medel sanktioneras för att nå vissa specifika mål? Dessa medel-målsekvenser *destilleras* alltså ner till individen!?

"If we want to 'stamp out mental illness', it will mean putting the control of means-ends sequences back into the hands of the people who need to make choices, or who want to make them. It will mean making rational means-end matching explicit for as many as possible" (a.a., s. 211).

Jag uppfattar det som att Becker här förtydligar sambandet kultur—individ. Det viktiga är att vi kan *kontrollera* medel-målsekvenserna själva. Att många i dag inte kan detta menar Becker beror på samhället. Kulturen tillhandahåller alla medel-målsekvenser som är tänkbara, men vi *kan* innanför den "ramen" själva välja vilka vi tror ger mest självaktning. De som misslyckas med detta val blir "mentalt sjuka". Becker hävdar, att i vårt västerländska samhälle är denna ram mer inskränkt än i det traditionella samhället, åtminstone i den meningen att samhället förespråkar vissa bestämda medel-målsekvenser (som ger självaktning utan ångest).

"In other words, in our culture we champion limited horizons—a limited range of objects—and call people 'mentally ill' when they suffer its effects" (a.a., s. 128).

Det förefaller något motsägande när Becker hävdar att vi i det västerländska samhället har tillgång till få medel-målsekvenser jämfört med traditionella samhällen. Men Beckers poäng blir tydligare om vi försöker hålla isär följande aspekter: 1) *antalet* medel-målsekvenser som finns i en given kultur, 2) *vilka* medel-målsekvenser som förespråkas i ett givet samhälle, 3) *hur många* medel-målsekvenser som förespråkas i ett givet samhälle och 4) *vilka personer* förespråkar dessa medel-målsekvenser. Det är framför allt de två sistnämnda aspekterna som Becker behandlar när han menar att vi i det västerländska samhället är låsta till vissa medel-målsekvenser. Tyngdpunkten ligger i detta sammanhang mer på relationen individ—förälder än på relationen kultur—individ.

"The individual learns from his parents to anchor his selfconcept in a narrow range of culturally approved choices: concequently, he may not be free to choose from the range and quality of present new experiences" (a.a., s. 221).

Våra föräldrar förespråkar och lär oss vissa begränsade medel-målsekvenser, men vi lever i en mycket föränderlig kultur och när vi är vuxna så är flera av dessa medel-målsekvenser inaktuella.

Jag tror Beckers poäng blir ändå tydligare om vi ser något på förhållandet samhälle—depression. Vi finner att vissa system minskar risken för att vi ska bli deprimerade.

"... the situation in traditional society. There the extended family is the rule, and not the small, tight, nuclear one that is familiar to us. The consequence of this is that the life-chances and life-meaning of the individual do not depend on a few objects. Meaning is generalized to a whole range of kin. The extended family provides a continuing source of esteem and affirmation for the individual actor, *even though significant figures drop out*" (a.a., s. 127).

Ett samhälle vilket är inriktat på att sprida alternativen att nå vissa mål ger större möjligheter att klara av en svår livssituation. Men det viktigaste är ändå inte i detta exempel att man har flera *signifikanta* andra i den traditionella kulturen att ta till vid en kris. Poängen är att man inte är *beroende* av ett fåtal signifikanta andra och därigenom kan bygga upp en *säker* självaktning.[10] Man skulle också kunna säga, att tillgång till många signifikanta andra minskar risken att man blir beroende av ett fåtal.

En helt annan aspekt av problemet som knyter an till människans ontologiska position, beskriver Becker i "Dödens problem".

"... att neurosen också i stor utsträckning är historisk, emedan alla de traditionella ideologier som maskerade och absorberade den har fallit bort och moderna ideologier helt enkelt är för tunna för att den skall kunna uppgå i dem" (1971, s. 208).

Utan att jag här går in för att göra någon distinktion mellan depression och neuros, så menar Becker (antar jag) att de problem som följer på människans allmänna villkor aldrig behövde komma upp till ytan i det traditionella samhället. Religionen kunde då förklara människans belägenhet.

Man kan också studera skillnader inom ett visst samhällssystem. Vilka har lättast att uppfylla de sanktionerade målen? Vilka är mest beroende av det aktuella dominerande samhällssystemet? Det är främst den sista frågan Becker försöker svara på.

"... the frequent incidence of depression among the upper classes, that is, among those who derive their feeling of value best by wholehearted devotion to the cultural mythology, and full success of it" (1964, s. 225).

Men Beckers påstående stämmer knappast med empiriska data, de flesta undersökningar talar för att det inte finns någon överrepresentation för någon socialgrupp/klass.[11] Becker kan visserligen mena, att det är överraskande många i de högre socialklasserna som blir deprimerade. Men borde inte svaret på den första frågan som ställdes ovan vara att de övre socialklasserna har lättare för att bemästra de medel-målsekvenser som kulturen tillhandahåller. Men det Becker hävdar är, att just vetskapen om att de *borde* bemästra medel-målsekvenser gör att fallet blir desto större när de misslyckas.

"It now seems generally agreed that depression occurs more frequently among persons with cohesive family groupings; among women, who are more cohesively identified with close ingroups; in higher socio-economic statuses, in highly traditionalized groups; and among professionals...

These are all people who feel that *they should* find their situation acceptable—but who somehow do not" (a.a., s. 129).

Det finns både empiriska belägg för och tycks även överensstämma med Beckers teoretiska antaganden, att depressioner är mer vanliga bland kvinnor och i slutna familjegrupperingar.[12] Men de sociala kategorier som Becker vidare tar upp är mer tveksamma. "Life-meaning" i traditionella grupper (se t.ex. judarna)[13] bygger i hög grad på kontinuitet och de högutbildade samt de i de övre sociala klasserna har oftast fler handlingssekvenser (means-ends sequences) att tillgå. Becker förefaller alltså att tillämpa bara vissa teser (d.v.s. förväntan=kontroll av handlingssekvenser och ej tillgång till handlingssekvenser) i sin teori när han diskuterar sociala grupper.

I ett senare avsnitt (s. 95) berör jag en kategorisering i fyra nivåer som man kan inrikta sitt liv på. Becker benämner dem: "the Personal, the Social, the Secular and the Sacred level". Om man inriktar sitt liv på endast någon av dessa nivåer

så riskerar man att utveckla olika typer av problem beroende på vilken nivå det gäller. Ett liknande resonemang torde kunna föras vad gäller sociala grupper. Är man inom en viss social grupp för snävt inriktad att nå självaktning inom en bestämd livssektor?[14]

Om jag slutligen skall försöka sammanfatta relationen kultur—samhälle—individ i Beckers teori är det kanske enklast att göra det med hjälp av "Means-ends sequences".

1) Kulturen tillhandahåller målen — samhället begränsar målen.

2) Kulturen tillhandahåller medlen — samhället begränsar medlen.

3) Kulturen värderar målen.

4) Samhället kopplar samman lämpliga medel-målsekvenser.

Den distinktion jag gör mellan kultur och samhälle är, vilket jag också antyder i inledningen av detta avsnitt, långt ifrån oproblematiskt. Inbegriper kultur både idéer och materiella ting? När Becker talar om den västerländska kulturen syftar han i första hand på det system av idéer som är dominerande, men "den västerländska kulturen" har också att göra med de materiella ting vi omger oss med och finner betydelsefulla. Just det sistnämnda är kanske viktigt, d.v.s. att kultur är ett sammanhängande system av idéer som pekar på både väsentliga förhållningssätt och materiella ting. Med en sådan definition måste kulturen även begränsa målen och medlen. Den ovan gjorda sammanfattningen kan därför ses som ett försök att visa vilka företeelser som enligt Becker i första hand hänger samman.

Sammanfattande schema:

	Den deprimerade personen	*Den schizofrene personen*
a) Vår ontologiska position som människa	För mycket Agape (d.v.s vilja att foga sig)	För mycket Eros (d.v.s vilja att bejaka sig)
b) Kulturen – Samhället	Samhället förespråkar att handlingarna är knutna till få objekt	Kulturen tillhandahåller alltför många handlingar

6.3 Det yttre livet

6.3.1 Tillgång till objekt

I enlighet med Becker har jag valt att kalla "betydelsefulla relationer" för objekt (se vidare s. 141). Beteckningen objekt har Becker, vad jag förstår, hämtat från psykodynamisk teori. (Signifikanta andra är möjligen en lämpligare beteckning i en sociologisk analys.) Ett problem är att Becker ibland (se t.ex. nästa citat) syftar på alla objekt (alltså inte bara människor), men när han diskuterar depressioner antagligen bara avser andra människor (se påföljande citat). Man kan finna ytterligare en betydelse av objekt i Beckers texter, vilken ligger närmare handlingsbe-

greppet (se nästa kapitel) än de två övriga betydelserna. En människa kan för andra representera många delobjekt, d.v.s. många sätt att förhålla sig till. Ibland agerar vi bara i förhållande till en mycket begränsad del (delobjekt) av en människa.

Objekt kan sålunda vara:

a) Allt yttre vi agerar mot.
b) Signifikanta andra.
c) Olika handlingsmönster hos signifikanta andra.

Jag kommer dock i fortsättningen att med objekt enbart mena signifikanta andra och benämna den tredje kategorin delobjekt.

Följande citat syftar alltså på den överordnade kategorin (allt yttre vi agerar mot), men i min tolkning begränsar jag mig till den underordnade kategorin.

"If we could talk about *one* basic need that *any* organism has, it would be the presence of other objects ...
... *the whole process of individuation consists in the creation of objects: the creation of loci of action-possibility*. This is another way of saying that *the whole life-meaning is invested in objects,* since they are the conditions of *our* coming into being" (1964, s. 153).

Det är något svårt att behandla objekttillgång under en speciell rubrik eftersom det hör så intimt samman med handlingsrelevans. Det är alltså inte objektet som sådant som ger livet mening, utan den handling som utgår från och till objektet. För att förtydliga denna poäng så tar jag ett citat som avser att visa på en förklaring till depressioner.

"To lose an object, then, is to lose someone to whom one has made appeal for self-validation. To lose a game is to lose a performance part in which identity is fabricated and sustained ...Unless the individual feels worthwhile, and unless his action is considered worthwhile, life grinds to halt" (a.a., s. 112–113).

Objekten i sig är hållpunkten för självaktningen , men självaktningen skapas och upprätthålls i handlingen, i interaktionen med objekten. Om man förlorar ett objekt så förlorar man handlingssekvenser (se s. 107) och ens självaktning reduceras och följden blir att livet blir mindre värt att leva.

"We perceive objects according to our ability to act on them; they come to *exist* for us, rather than merely *subsist,* on the basis of our powers to include them in our action scheme" (a.a., s. 25).

Även själva varseblivningen av objekten är beroende av den handlingsrelevans vi tillskriver dem. Det gäller den makt vi har att få objekten att ingå i våra handlingssekvenser. Man kan uttrycka det som att varseblivningen av objekt är beroende av hur vi i handling kan kontrollera dessa objekt.

Ensamhet (d.v.s. avsaknad av objekt) får inte bara som följd att man begränsar sina möjligheter till handling.

"Loneliness is not only a suspension in action and stimulation, it is a moratorium on self-acquaintance. It is a suspension in the very fashioning of identity, cut off from one's fellows, one cannot add his power to the enhancing of cultural meaning or derive his just share of it" (1971, s. 100).

Ensamheten är som Becker uttrycker det självkännedomens grav. Man får helt enkelt inte tillfälle att pröva sin egen makt vilket är nödvändigt för att man skall förstå sina begränsningar och möjligheter.

Förutom att man i avsaknad av handlingar riktade mot objekt inte kan få en säker jag-uppfattning så visar man inte något av sig själv som kan värderas av andra.

"An individual who fails to put forth a self that others can value, by an oversensitivity to the performance, testifies to a primary failure in socialization" (a.a., s. 136).

Poängen med detta citat är dock snarare att man visar upp en så splittrad bild av sig själv att det blir omöjligt för andra att veta riktigt vem man är. Men Becker menar tydligen också att om man visar upp en splittrad bild av sig själv (som i detta fall den schizofrene) så har man de facto inget själv. Det blir alltså fråga om en negativ återkoppling; inga människor som bygger upp ens självbild — ingen självbild som man kan visa upp för andra människor att värdera etc.

Det behöver påpekas i detta sammanhang att det inte är tillgången till objekt i allmänhet som är betydelsefull utan objekt som bidrar till att bygga upp ens självbild. Vilka objekt blir då på detta sätt betydelsefulla för vår identitet? Volkart som Becker i detta avsnitt hänvisar till framhåller de som vi "älskar, hedrar och lyder" (1964, s. 127). Tidigare har jag visat att Becker framhållit handlingsrelevans som viktigt när man försöker definiera objekt.

". . . the more people to whom one can make appeal for his identity, the easier it is to sustain life-meaning. Object-loss hits hardest when self-justification is limited to a few objects . . . Action is the basic problem in object-loss, and people devise ingenious ways to sustain" (a.a., s. 125).

Tillgången till objekt innebär alltså som påpekats ovan handlingsmöjligheter och ju fler handlingsmöjligheter vi har desto mindre behöver en reducering av handlingsmöjligheter betyda.

Nu till en annan viktig aspekt i förståelsen av depressioner. Becker framhåller att något som är mycket utmärkande för den deprimerade personen är att hon är *alltför okritisk* i de få relationer som hon har tillgång till. (Jag diskuterar detta problem något utförligare på s. 114 ff, men har då som utgångspunkt det inre livet.) Den deprimerade skiljer sig därigenom från den schizofrene som alltför kritiskt fångar upp erfarenhet från många relationer. Frågan är om Becker betonar *okritisk* eller *begränsad*. Jag tolkar det som om han lägger störst vikt vid okritisk (se även "poor vocabularies" som utmärkande för den deprimerade personen). Den deprimerade personen *tror* i hög grad att hon funnit svaren på vad Becker benämner mänskligheten fyra stora problem, men i konfrontation med en ny situation visar sig svaren vara begränsade (både i tid och rum).

"/the depressed/ has been *only too well* imbued with a narrow range of its (d.v.s. svaren på mänskligheten fyra stora problem, min anm.) sentiments" (a.a., s. 131).

Problemet med att den deprimerade är alltför okritisk i sina relationer kan också återknytas till människans allmänna problem.

"Ett annat komplicerat förhållande hos depressionens dynamik som vi har förbisett är det som Rank har visat på: driften att odödliggöra och föreviga sig själv genom att behaga den andre, genom att anpassa sig till den kodex för beteende som han representerar" (1975, s. 246).

Vi skulle alltså "glömma" dödens problem när vi helt går upp i en annan människa. Men Becker framhåller att vi aldrig kan lyckas med detta causa-sui-projekt, d.v.s. vårt livsverk att göra oss odödliga.

"Den romantiska kärlekens 'kosmologi för två' är kanske ett fyndigt skapande försök, men eftersom det hela tiden utgör en förlängning av causa sui-projektet i denna världen, är det en lögn som måste misslyckas. Om partnern blir Gud, kan han precis lika lätt bli djävulen. Orsaken ligger nära till hands. Man blir ju *bunden* i beroende vid objektet" (a.a., s. 195).

Becker utvecklar detta ytterligare påföljande sida:

"När vi söker det 'perfekta' mänskliga objektet, försöker vi finna någon som ger oss möjlighet att fullständigt ge uttryck för vår vilja utan frustrering eller falska tonfall. Vi önskar oss ett objekt som återspeglar en i sann mening idealisk bild av oss själva. Men inget mänskligt objekt kan göra detta. Människor har egen vilja och egen motstridande vilja" (a.a., s. 196).

Den deprimerade personen är speciellt benägen att just söka det perfekta objektet vilket resulterar i att hon okritiskt hänger upp sin tillvaro på ett fåtal objekt. Det tragiska är att den deprimerade personen tror sig ha funnit det perfekta objektet i sin partner eller i sitt barn. Om man är okritisk i förhållande till objekten innebär detta att man beaktar bara vissa handlingsmönster hos den andre personen, d.v.s. man handlar endast mot ett fåtal delobjekt hos objektet. Den deprimerade personen försöker finna säkerhet i sina relationer för att ej få ångest, men det är stor risk att detta slår tillbaks på henne. När något avviker från det till synes mycket säkra handlingsmönstret hos objektet så rubbas även den bild av en själv som förmedlats av och genom objektet. "Det finns inte längre någon man kan lita på i tillvaron." Följden blir lätt att man hamnar i depressionens självömkan och passivitet.

Sammanfattande schema:

	Den deprimerade personen	*Den schizofrene personen*
a) Vår ontologiska position som människa	För mycket Agape (d.v.s vilja att foga sig)	För mycket Eros (d.v.s. vilja att bejaka sig)
b) Kulturen – Samhället	Samhället förespråkar att handlingarna är knutna till få objekt	Kulturen tillhandahåller allför många handlingar
c) Objekt	Ingår i få betydelsefulla relationer	Ingår i få betydelsefulla relationer
	Finner alltför mycket säkerhet i sina relationer	Finner alltför lite säkerhet i sina relationer

6.3.2 Yttre handlingar

6.3.2.1 Tillgång till handling

Det torde ha framgått tidigare att handling är ett av nyckelbegreppen i Beckers teori. Alla organismer måste handla för att inte dö.

"... a basic pragmatist thesis: that mind subserves total organismic striving, that in this universe action is primary" (1964, s. 4).

Denna grundläggande tes förefaller ju vara tämligen självklar och det är utifrån den som Becker (med hjälp av John Dewey) utvecklar hela teorin om "mentala sjukdomar".

"... we see that by definition 'mental illness' refers to action that bogs down, or that is constricted within an extremely narrow range" (a.a., s. 3).

Båda dessa villkor kan sägas vara giltiga i fråga om depressioner – reducering av handlingsmöjligheter för någon som har begränsade handlingsmöjligheter.

Det är viktigt att kroppen upplevs vara med när man handlar eftersom kroppen och det symboliska jaget måste upplevas som en enhet för att vi skall utveckla självaktning utan ångest. Becker hänvisar till Bergson som menade att det är nödvändigt med någon form av balans mellan "firmly rooted body-memory" och "fleeting image-memory".

"Bergson understood, in other words, that the whole body had to move to respond to reality, in order for reality to be fully experienced" (a.a., s. 50).

Men Becker menar också paradoxalt nog att tystnaden kan ha samma funktion som en handling.

"Silence fascinates us because it implies that we carry something genuine around inside. Secrets and silences make life more real: the individual, self-absorbed and inwardly musing, taking himself very seriously, radiates a contagious aura: the tacit communication that the serious and the meaningful *exist*" (1971, s. 106).

Det är dock troligen missvisande att karakterisera tystnad som handling, snarare är det icke-handling som kan ge självaktning om tystnaden implicerar en handlingsberedskap. Men för att tystnaden skall kunna ha denna funktion måste både personen i fråga och den andra förstå detta spel vilket fordrar tidigare "riktiga" handlingar.

I det föregående kapitlet beskrev jag hur intimt samman objekttillgång och tillgång till handlingar hör.

"By definition, to constitute an object is to create a behavior pattern. To lose an object *is to lose the possibility of undertaking a range of satisfying action*" (1964, s. 125).

Omfånget av tillfredsställande handlingsmöjligheter som går förlorade vid objektförlust måste givetvis variera. Becker nämner inte att objektförlust även skulle kunna innebära *ökade* möjligheter till tillfredsställande handlingar. Men detta alternativ är knappast möjligt för den deprimerade. Depressionen utlöses

vanligen vid en objektförlust som innebär reducerade möjligheter till tillfredsställande handlingar, d.v.s. handlingar som ger självaktning och att det får så svåra konsekvenser beror på att dessa människor redan tidigare har gett upp så många av sina handlingsmöjligheter och därigenom även har en sämre självaktning att utgå ifrån.

"... /depression/ uppstår hos människor som är rädda för livet, som har givit upp varje tillstymmelse till självständig utveckling och totalt uppgått i andras handlingar och hjälp. Deras liv har präglats av 'systematisk självbegränsning', följden av ett sådant liv är att ju mindre man gör, desto mindre kan man göra, desto mera hjälplös och beroende blir man" (1975, s. 244).

I detta citat kopplar Becker på ett utmärkt sätt samman människans allmänna villkor (skräcken för livet som beror på skräcken för döden) och vissa människors lösning på detta problem. Det är en negativ process som kan ha påbörjats tidigt i barndomen hos dem som inte haft möjlighet att utveckla egna handlingar, d.v.s. handlingar som utgår från och är beroende av en själv. Dessa människor blir hjälplösa i det sociala livet och kan därigenom inte utveckla självständiga handlingar etc.[15]

6.3.2.2 Kontroll av handlingar

Det är viktigt att kunna kontrollera handlingarna när vi utvecklar vår identitet. Men för att vi skall få möjlighet att pröva vår makt fordras att vi stöter på någon form av hinder. Becker menar, att ett barns identitet byggs upp först när dess handlingar har blockerats (1971, s. 25). Innan man utvecklat en social identitet så har man testat sina möjligheter på en organisk nivå, menar Becker. Han hänvisar till Perls som understryker att det är *efter* blockering av behovstillfredsställande handlingar som en identitet kan utvecklas.[16]

"In Perls' view the process of identification takes place only *after* the child's attempt to carry through satisfying action is blocked by the parent" (a.a., s. 59).

Det finns en viss skillnad mellan Perls' och Beckers synsätt som de kommer till uttryck i dessa båda citat. Becker säger "mostly" och Perls säger "only", men om den språkliga nyansskillnaden har sin grund i olika syn på jag-utvecklingen framgår inte. Men det har för vårt syfte knappast någon större betydelse. Jag tar upp jag-utvecklingen till utförligare diskussion senare (s. 100 f).

Det intressanta är vad som är viktigt i barnets fortsatta utveckling.

"Or, at the other pole, the child's action has been made too easy for him, he was not frustrated enough. In which case he does not have enough independence, he is 'spoiled', deprived of self-governance. So no matter what *kind* of training a child has had, in every case he has given up areas of perception of himself and the world, and he has relinquished self-control or self-governance" (a.a., s. 174).

Man måste alltså stöta på hinder för att pröva sin makt, men samtidigt måste ens handlingar ge resultat. Det råder alltså en motsättning mellan dessa två behov. Ju fler hinder vi stöter på desto större risk är det att vi inte kan kontrollera våra

handlingar, men om vi inte alls blir frustrerade lär vi oss ej heller att kontrollera våra handlingar. Det bästa är alltså en väl avvägd grad av frustration. Motsvarande gäller den positiva aspekten av problemet.

"The child has no way of knowing that he is valuable unless he observes someone who thinks so ... Somewhat less plain, and more in the current of our discussion here, is the opposite extreme: the child can be undermined too by considerable maternal attention and love" (1964, s. 46).

För mycket uppmärksamhet och kärlek skulle innebära att barnet inte utvecklade sina "egna" resurser, han blir helt beroende av föräldrarna. Detta problem har uppenbara likheter med problemet för den som går helt upp i ett kärleksobjekt. Det som man frågar sig är om denna balans mellan att bli hjälplöst utlämnad åt sina egna resurser eller att helt blir beroende av en annan människa varierar över åldrarna. Det förefaller som om Becker menar, att ju yngre vi är desto mer måste vi förlita oss på andra människors styrka. Piaget, i Nancy Bratts (1975) tolkning, betonar att det är oerhört viktigt att barnet i ettårsåldern (femte stadiet i Piagets system) får känna trygghet när det utforskar världen.

Om vi håller oss till det vuxna livet så finns det ett likartat balansproblem. Vi måste fördela den mänskliga aktiviteten över flera nivåer:

"We might say that there were roughly four levels of power and meaning that an individual could 'choose' to live by:
1) the Personal one: It is the level of what one is oneself.
2) the Social: ... one's spouse, his friends, ...
3) the Secular: ... the corporation, the party, the nation ...
4) the Sacred: ... it is the invisible and unknown level" (1971, s. 186).

Om vi inriktar våra liv enbart på någon av dessa nivåer kommer vi att utveckla olika problem eftersom vi inte har kontroll över hela den mänskliga situationen. Vi måste alltså ta hänsyn till alla de fyra nivåerna. Den deprimerade inriktar sitt liv alltför mycket på den sociala nivån på bekostnad av den individuella nivån. Det handlar om vad man sätter sin tilltro till och inte om man t.ex. väljer att leva i ensamhet. Den deprimerade förlitar sig alltså mer på andra (den sociala nivån) än på sig själv (den individuella nivån).

Sammanfattande schema:

	Den deprimerade personen	*Den schizofrene personen*
a) Vår ontologiska position som människa	För mycket Agape (d.v.s. vilja att foga sig)	För mycket Eros (d.v.s. vilja att bejaka sig)
b) Kulturen – Samhället	Samhället förespråkar att handlingarna är knutna till få objekt	Kulturen tillhandahåller alltför många handlingar
c) Objekt	Ingår i få betydelsefulla relationer	Ingår i få betydelsefulla relationer
	Finner alltför mycket säkerhet i sina relationer	Finner alltför lite säkerhet i sina relationer

d) Yttre handlingar	Tillgång till få yttre handlingar	Prövar många yttre handlingar
	Alltför stark kontroll av de yttre handlingarna	Alltför lite kontroll av de yttre handlingarna

6.4 Det inre livet

6.4.1 Ej bearbetade handlingar

6.4.1.1 Preverbalt inlärda handlingar

Becker kritiserar det sätt på vilket begreppet "omedvetet" används i traditionell psykodynamisk teori. Han menar, att det inte finns några belägg för att vi kan tala om några omedvetna biologiska drifter.

"It is not necessary to postulate *an* 'unconscious'. But it is indispensable to talk about a humanization process in which the child's perceptions (of himself and of others) are formed partly in a pre-verbal, extra-verbal, or otherwise unaware (to him) manner" (1964, s. 158).

Det preverbalt inlärda har dock samma betydelse för den vuxnes liv som "det omedvetna". Det är något som påverkar våra liv, men som vi har ringa kontroll över.

"He (barnet, min anm.) is unaware, of course, of his conditioning, and is not able to frame alternatives in words at this early time—nor even to suspect that alternatives exist . . . But, still contrary to the Freudian thesis, these subverbal and preverbal motives (perceptions) *are not presocial.* They are learned *in social interaction,* and are not born into the world with the child" (a.a., s. 63).

Det är alltså p.g.a. att barnet ej kan formulera alternativ som de första socialt inlärda beteendemönstren får ett så stort inflytande på barnets senare liv. De uppfattar ej att det finns alternativ och i en ny situation kan de ej ta hjälp av andra lösningar. Ett annat problem är att det är svårt att bearbeta sociala motiv om vilka man själv ej vet hur de uppstått.

Preverbala motiv kan även komma i motsättning till senare inlärda motiv.

"The child's feeling of self-value is dictated by parental recognition of what *they* consider to be a desirable self. The child's cortical controls and cognition—his ego—comes to exercise its powers in a limited range. The result is that free choice of means and ends is crippled from the start. The child invests his feeling of value uncritically in a limited range of cognitions and actions. Later, this is complicated by the addition of vocabularies of motive, which overlag the pre-perceived or sub-ceived earlier rules" (a.a., s. 218).

Barnets kontroll av medel-målsekvenser ökar i och med att ego utvecklas (se nästa avsnitt). Barnet får alltså till största delen (beroende på åldern) sin kunskap om verkligheten (medel-målsekvenser), sin jag-uppfattning och sina motiv bestämda av någon/några utanför dem själva. Problem i framtiden uppstår alltså när dessa preverbalt inlärda beteenden och motiv kommer i motsättning till senare

inlärda beteenden och motiv. Becker lägger ytterligare en aspekt på detta problem i och med att han säger att vår förmåga att fritt välja medel-målsekvenser förlamas från början. Jag tolkar Becker som att han menar, att *vi preverbalt lär oss att vi inte kan välja* och detta upphävande av den "fria viljan" lyckas vi aldrig riktigt komma ifrån.

6.4.1.2 Beteenderepertoarer

En svår distinktion i Beckers teori är den mellan "action scheme" och "meaning". Becker använder uttrycket "meaning" för både bearbetade handlingar och icke-bearbetade handlingar. Det senare kallar han även "action scheme" eller "behavior repertoir". Jag menar, att det kan vara viktigt att hålla isär den representation som finns i form av handlingar som bearbetats av ego och de som inte har bearbetats. Jag reserverar därför "meaning" enbart för den första typen av representation. Nästa citat är ett exempel på hur Becker låter "meaning" beteckna båda dessa representationer.

"Initially, meaning does not need language. We stressed that it exists in behavior (beteenderepertoar, min anm.) . . . To lack a word is then to lack a meaningful action: the simplest act has to take on meaning, has to point to something beyond itself, exist in a wider referential context. We become paralyzed to act unless there is a verbal prescription for the new situation" (a.a., s. 114).

Vad jag kallar beteenderepertoar är sålunda detta ursprungliga som finns i beteendet, något som vi inte förstår och som vi inte bearbetat med språket. Alla andra djur använder sig av en "erfarenhet" som de inte bearbetat med hjälp av ett utvecklat språk och man kan därför säga att deras handlande enbart styrs av beteenderepertoarer. Mänskligt handlande bestäms däremot i första hand av "meanings", men det finns tre typer av mänsklig erfarenhet som påverkar vårt handlande och som är beteenderepertoarer. Det är främst det preverbalt inlärda beteendet (se föregående avsnitt), beteende som kan karakteriseras som reflexhandlingar och vissa omedelbara uttryck som t.ex. kan finnas i konstnärligt skapande (a.a., s. 133).

Det är dock en förenkling att säga, att det finns tre typer av beteenderepertoarer. Det borde vara mer relevant att tala om ett kontinuum, där den ena extremen utgörs av reflexhandlingar och den andra extremen av prediktioner ("meanings") på en mycket hög abstraktionsnivå. Var man sedan drar gränsen mellan beteenderepertoarer och "meanings" blir en fråga om när man uppfattar att den tidigare erfarenheten och språket spelar en underordnad roll för beteendet.

När man talar om beteenderepertoarer ("action scheme") så implicerar det att beteendet är organiserat.

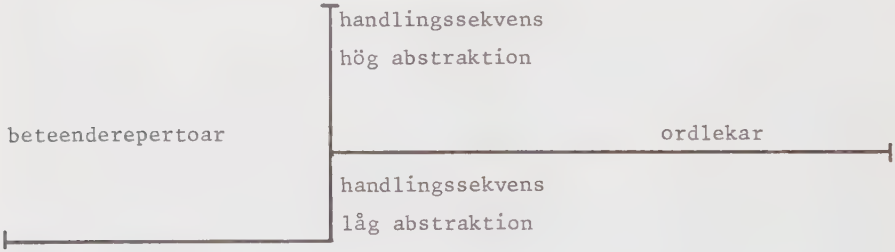
"We group it with a whole class of objects which it resembles in some way: *but the way the object resembles the class depends on how we can use it*" (a.a., s. 24).

Jag är osäker om denna klassifikation med avseende på funktion är giltig för beteenderepertoarer eller om Becker enbart syftar på "meanings". Svaret torde

bland annat ha att göra med om man kan klassificera utan att aktivt använda språket. Det är givetvis betydligt svårare, men djur och barn, utan ett utvecklat spåk, har dock en generaliseringsförmåga (visserligen på en mycket "basal"nivå).

En viktig poäng med Beckers teori går förlorad om man bortser från begreppet beteenderepertoar. Vi kan inte utveckla substantiella "meanings" om dessa inte bygger på yttre handlingar (a.a., s. 97). Det är alltså möjligt att skapa "ord-lekar" ("meaning-games") som inte har någon handlingsförankring, men dessa kan inte användas för att göra handlandet predicerbart. Skapandet av "ord-lekar" är bland annat utmärkande för den schizofrene.

Det kontinuum som skisserades på föregående sida kan kompletteras om vi för in begreppet ord-lekar. Vi skulle då i princip få följande kontinuum: beteenderepertoar – "meaning" – ordlek. Ord-lekar är då den representation i medvetandet som befinner sig längst bort från det beteendemönster som bygger på yttre handlingar. Men även detta är en förenkling, eftersom vi måste ta hänsyn till abstraktionsgraden hos "meaning". En handlingssekvens som sammanför många tänkbara handlingar enligt en princip (t.ex. "*om* kapitalistisk produktionsordning ... *så* alienerade människor" eller "*om* få handlingssekvenser ... *så* deprimerade människor") måste också sägas befinna sig på långt avstånd från beteenderepertoarer på detta kontinuum. Om vi försöker åskådliggöra enbart de begreppsliga avstånden så kan det se ut på följande sätt:



Det kan vara intressant att i detta sammanhang beröra varför det händer att socialt framgångsrika människor bryter samman. Becker antyder två tänkbara förklaringar till varför män som Nietzsche, Weber, m.fl. fick depressioner (a.a., s. 74). Handlingssekvenser på mycket hög abstraktionsnivå saknar ofta direkt anknytning till beteenderepertoarer, d.v.s. man har sällan varit inbegripen i samtliga handlingar som sekvensen syftar på. För att nå en inre säkerhet fordras att handlingssekvenserna kopplas till kroppens agerande i den yttre verkligheten (dessa "genier" levde helt enkelt för mycket i idéernas värld och för lite i den sociala verkligheten). Den andra tänkbara förklaringen, som Becker anger, är att dessa människor från barndomen bar med sig en bristande självaktning som de i vuxen ålder försökte kompensera med "symboliska framgångar", d.v.s. de led brist på grundläggande tillit (se s. 120).[17]

Becker gör dock teorin ändå mer komplicerad när han talar om att vi kan ha

tillgång till "meanings" utan att de svarar mot något yttre objekt (a.a., s. 125).[18] "Meanings" behöver alltså inte bygga på beteenderepertoarer som är aktuella, men det måste någon gång ha funnits yttre objekt som vi agerat mot för att substantiella "meanings" skall ha utvecklats.

6.4.2 Ego

Det faller sig naturligt att behandla ego i avsnittet mellan beteenderepertoarer och "meanings". Det är tack vare ego som vi kan utveckla "meanings" från det mer ursprungliga beteendet. På grund av att vi har ett ego skiljer vi oss från andra djur, menar Becker. Ego kan generellt definieras som en unik kontroll vi har över beteendet.

"When we talk about the ego we are referring, simply, to the unique process of central control of behavior in a large-brained animal" (1971, s. 15).

Det som är unikt är att vi människor *medvetet kan välja* mellan olika handlingsalternativ (a.a., s. 7).

Egos fyra viktigaste egenskaper kan sägas vara:

1) Förmågan att abstrahera.

2) Förmågan att dela in verkligheten i tidssekvenser.

3) Förmågan att vänta med en respons.

4) Förmågan att se sig själv (jag-medvetande).

Förmågan att abstrahera hänger samman med att vi har ett språk. Utan några symboler skulle det ej vara möjligt att abstrahera, d.v.s. föra samman flera enheter till en enhet enligt någon princip. (Språkets roll behandlas utförligare i nästa avsnitt.) Abstraktionsförmågan kan även ses som övergripande till de övriga tre förmågorna.

Genom att vi har ett ego kan vi uppfatta tid.

"Without an ego the animal exist in timelessness, unable to place itself with precision in a world of sensation" (a.a., s. 16).

Tack vare den unika kontroll över beteendet som är möjligt p.g.a. ego kan vi dela in livet i tidssekvenser samtidigt som vi placerar in oss själva i tiden. Detta innebär helt enkelt att vi har förmågan att se oss själva i tiden som varit ("vi kan leva på minnen") och vi kan tänka oss hur framtiden skall gestalta sig. Något som är kännetecknande för den person som har ett svagt utvecklat ego är att hon i högre grad lever i nuet. Hon har få samlade erfarenheter att blicka tillbaks på och därigenom få erfarenheter som kan ligga till grund för att blicka framåt. För barnet liksom för den schizofrene upplevs en tidsenhet mycket längre jämfört med de som har ett utvecklat ego. De har svårt att överblicka sig själva i tiden eftersom de inte har en stor samlad erfarenhet ("a storehouse of resources", 1964, s. 86) att möta verkligheten med. Det bör också påpekas, att ego-egenskaperna är beroende

av varandra. Förmågan att dela in livet i tidssekvenser förutsätter en abstraktionsförmåga och att vi kan placera in oss själva i tiden förutsätter jag-medvetande.

Detta komplicerade beroendeförhållande mellan ego-egenskaperna gäller även den tredje ego-egenskapen, d.v.s. förmågan att stanna upp och vänta med en respons. I och med att vi kan placera in oss själva i tiden behöver vi inte reagera omedelbart på ett stimuli.

"We see the ego as its usual functioning, in the way it keeps the organism relatively independent of immediate environmental stimuli. The ego permits the organism to wait, and delay its response" (1971, s. 15).

Jag ämnar studera den fjärde ego-egenskapen något utförligare än de tre andra. Först kan sägas, att förmågan att se sig själv utgör en abstraktion där man själv är objektet. Förmågan att uppfatta oss själva skild från andra objekt är enbart kännetecknande för oss människor.

"With the ego, everything that exist has reference to an acute consciousness of 'I' on the part of the organism" (a.a., s. 16).

Förmågan att kunna betrakta sig själv som något unikt, med specifika kvalitéer, är en följd av att vi har ett ego, men ego är samtidigt bestämd av att vi har ett jag-medvetande. Men låt oss lämna denna teoretiska snårskog och se något på jag-medvetandets uppkomst, vilket även ger oss möjligheter att till viss del se hur ego utvecklats.

Innan vi med hjälp av språket kan utveckla ett jag-medvetande så har ett kroppsmedvetande grundlagts.

"If the child has been allowed to gain an 'organismic identity' by relatively free actions and self-controlled manipulation of his world, he has more strength and resilience toward the vagaries of social systems" (a.a., s. 26).

Becker förefaller inte hävda att kroppsmedvetande är nödvändigt för jag-medvetandets uppkomst, men förutsättningarna är betydligt större att utveckla ett substantiellt ego om man har ett stabilt kroppsmedvetande att falla tillbaka på. Piaget går i sin utvecklingsteori ett steg längre och menar att kroppsuppfattningen måste föregå jag-uppfattningen. Det kan vara av intresse att närmare se på hur Piaget beskrivit jag-utvecklingen eftersom det finns flera betydande likheter mellan Beckers teori och Piagets teori. Det är också svårt att dra några slutsatser utifrån Becker beträffande kroppsuppfattningen eftersom han behandlat den så flyktigt.

Utifrån Piagets teori (Bratt, 1975) kan man betrakta jag-utvecklingen som en "trappstegsprocess" där ett stadium måste föregå ett annat. Jag har i denna sammanfattning tagit med sex sådana "trappsteg":

1) primär cirkelreaktion centrerad till barnets kropp (t.ex. suga, ta),
2) upplevelse av rummet omkring (t.ex. att tagandet varierar med var man befinner sig),

3) upptäcker en behovstillfredsställande komponent (början till jag-uppfattning: "Vem är det som har behovet att ta?"),

4) kan *meddela* sig med omvärlden och kan ta emot meddelanden från omvärlden (på detta stadium kan man säga att utvecklandet av jag-uppfattningen tar sin början),

5) kan *påverka* omgivningen,

6) barnet *förstår* att det kan påverka omvärlden (om ... så).

Kroppsuppfattningen (d.v.s. stegen 1—3) saknas som förutsättning i G.H. Meads förklaring till jag-medvetandets uppkomst. Utan att närmare gå in på den diskussionen här så kan istället sägas att Mead (Berg, 1976) har en mycket mer sammansatt förklaring till identitetens uppkomst (d.v.s. stegen 4—6).

Nedan ges ett exempel på hur flera ego-egenskaper negativt samvarierar med varandra.

"If action is too facile, too fluid, the organism fails to develop several important attributes: It does not learns the capacity to delay action; it becomes deficient in a self-reflective registering of experience; it loses the capacity to refer experiences to properly tested powers; it loses, in sum, a sagacious self-consciousness" (1964, s. 23).

Om allting flyter utan några hinder så försvåras möjligheterna att utveckla ett starkt jag. Man behöver inte vänta med en respons och får därigenom ingen möjlighet att se vad man själv kan åstadkomma. När handlingen som man deltar i passerar förbi utan något motstånd torde detta också innebära att man i mindre grad behöver fixera handlingen i fråga och sig själv i tiden. Dessa processer får givetvis återverkningar på jag-medvetandet. Man får svårt att utveckla som Becker uttrycker det ett klokt ("sagacious") jag-medvetande.

En av egos viktigaste funktioner är att hjälpa oss att undvika ångest.

"Freud discovered that one of its (d.v.s. egos, min anm.) main functions was to help the organism avoid anxiety ... 'This is not *me* not *my* conduct, not *my* awareness'. In order to handle anxiety in something other than a mere stimulus—response slavery, there has to exist in consciousness an *agent* to negate the stimulus" (1971, s. 17).

I Beckers teori framgår det också att ångest knappast kan existera utan ett ego. Vår förmåga att fixera verkligheten, att dela in den i tidssekvenser, innebär också att vi kan uppfatta döden (se människans ontologiska position). Eftersom vi har ett ego kan vi blicka tillbaka på tidigare misstag och frukta kommande felsteg. Ego kan därför sägas vara både en förutsättning för ångest och den funktion som kan upphäva ångest.

Becker menar att ego växer när vi utvecklar försvarsmekanismer.

"The ego grows by putting anxiety under its control, as it finds out *what anxiety is* for the organism, and then *chooses to avoid it* by *building defenses* that handle it" (a.a., s. 55).

I "Dödens problem" finns ett avsnitt som förefaller motsäga det ovan citerade.

"Vi kan snarare säga att överföringen bevisar att alla är neurotiker eftersom den utgör en

universell förvrängning av verkligheten då den innebär en konstlad fixering av den. Följden är naturligtvis att ju mindre egostyrka och ju mer skräck man har, desto starkare är överföringen" (1975, s. 174).

Jag är inte helt säker på att Becker betraktar överföringen som en försvarsmekanism, men finner det för troligt. Det framgår helt tydligt att överföringens funktion är att undvika ångest (d.v.s. skräcken för livet och döden). En tänkbar förklaring till det som synes vara en motsägelse mellan Beckers båda textavsnitt är att *ego växer när försvarsmekanismerna är grundade på individens egen styrka.* Förutsättningen för mitt resonemang torde vara att svag jag-styrka kan jämställas med ett svagt utvecklat jag. Men det är knappast troligt att man kan göra detta. Ett svagt utvecklat jag syftar kanske mer på innehållet (d.v.s. ego kan handskas *dåligt* med beteenden) och ego-styrkan på omfattningen (d.v.s. ego kan handskas med *få* beteenden). Det förstnämnda skulle då i första hand vara försvarsmekanismernas uppgift. Men försvarsmekanismerna träder ju även in och väljer bort beteenden så att man ej blir överväldigad.

Det kan vara en fördel att göra distinktionen mellan ego-styrka och egos utvecklingsgrad när man studerar depressioner. Den depressive personen har ju en mycket stark kontroll över *vissa* beteenden (kan placera in handlingarna och objekten både rumsligt och tidsmässigt). Samtidigt saknar hon förmåga att utnyttja ego-egenskaperna inom många andra områden (se t.ex. s. 95). Man torde därför kunna säga, att den depressive personen har ett *svagt ego*. Den schizofrene personen har däremot ett *svagt utvecklat ego.*

Ego *utvecklas* alltså när det på olika sätt tvingas att kontrollera omgivningen. Man kan här anknyta till frustrationens betydelse (se s. 94 f). För att ego skall utvecklas måste det finnas hinder som skall övervinnas. Men dessa hinder måste få tid att bearbetas, att placeras i sitt sammanhang.

"If the ego has not accumulated any experience in behavior toward certain objects, then these objects are not securely fixed in time. This explains past traumata which are always upon us, always immediate. We have never been able to outlive them because we have never been able to develop the behavior necessary to control them, to outgrow them" (1964, s. 85).

Ego måste helt enkelt få möjlighet och tid att kontrollera en situation som upplevs som ångestfylld. Ju längre tillbaka i tiden obearbetade traumata ligger desto svårare är det att få kontroll över dem eftersom den yttre situationen antagligen är så annorlunda att vi har svårt att tillämpa en eventuell lösning (försvarsmekanism) som bygger på dagens erfarenhet.

I de citat som presenterats har både begreppen self och ego förekommit. Vilken distinktion gör Becker mellan dessa två begrepp?

"I equate the self and the ego, using the term ego when I mean executive and active, and self when I mean passive and reflexive; technically, then, the self would cover a larger area of the person than the ego, but it is still convinient to use the terms interchangeably if rigor is not required" (1971, s. 201).

Det torde framgå att ego har en mycket vid och ofta oklar betydelse. Ego kan vara både en unik förmåga människor har och resultatet av denna förmåga. Vi kan med hjälp av ego medvetet kontrollera de intryck vi får genom sinnena. Becker menar att ego är den aktiva, agenten, och self den passiva, reflexiva komponenten. Man kan då tolka Becker utifrån det sistnämnda citatet, att self är resultatet av ego i verksamhet, men att self också inbegriper ego. Men Becker säger samtidigt, att han för det mesta inte gör någon dinstinktion mellan ego och self. Man kan även göra en annan distinktion, mellan self och ego som inte framgår av just detta citat, men som jag finner stämmer överens med Beckers övriga framställning (se t.ex. a.a., s. 87–90). Self kan helt enkelt ses som den del av ego man visar utåt. Man kan som en konsekvens av detta möjligen skilja på självbild och jag-medvetande. Självbild är då den uppfattning man har av sitt self och jag-medvetande den uppfattning man har av sitt ego.

Vi har tidigare i detta avsnitt sett att Becker hävdar att ego *växer* när det kan kontrollera omgivningen med hjälp av försvarsmekanismerna (d.v.s. ego växer som resultatet av sin egen förmåga). Man kan tolka detta som, 1) att förmågan växer när förmågan används, 2) att resultatet växer när förmågan används och 3) att resultatet växer när förmågan används och detta återverkar på förmågan som växer. När jag i fortsättningen använder termen ego syftar jag enbart på ego-förmågan. Men det är viktigt att ha klart för sig att denna förmåga inte är statisk, utan är beroende av hur denna förmåga fungerat.

Becker menar, att ego har sitt ursprung i det sociala livet. Utifrån den tesen kan man hävda, enligt Becker, att depressioner måste vara en social företeelse.

"Since the ego is rooted in social reality, since self-esteem is composed of *social* symbols and *social* motives, depression becomes a direct function of a cognitively apprehended symbolic world. Nothing less than a full sweep of cultural activity is brought into consideration in the single case of depression" (1964, s. 111).

Ego byggs, som beskrivits tidigare, upp av att vi lär oss kontrollera den *sociala* verkligheten. Denna kontroll blir givetvis beroende av den verklighet som ego måste ta sig an. Becker förefaller mena, att om vi accepterar att depressioner har att göra med självaktningen och att ego är en social konstruktion så följer att depressioner måste vara betingade av den sociala verkligheten. Förutsättningen för detta resonemang är att självaktningen ingår i ego (den vida definitionen) eller att självaktningen är en följd av ego.

6.4.2.1 Språket

Språket är det medel som ego använder sig av. Det är med hjälp av språket som vi kan få kontroll över beteenderepertoarerna, som vi kan bilda "meanings" och som vi kan manipulera försvarsmekanismerna. Utan språket hade vi inget "riktigt" ego utan befann oss på den omedelbara beteendenivån (handling–beteenderepertoarer). Jag sätter riktigt ego inom citationstecken eftersom Becker förefaller mena, att barnet (innan det har ett utvecklat språk) har början till ett ego ("the rudi-

mentary ego is already there", 1971, s. 20). Vad detta rudimentära ego är kan man möjligen få en uppfattning om genom att studera Piagets "trappstegsprocess" (se s. 100 f).

Det är viktigt att betona, att språket inte är isolerat från handlingarna, utan förmågan att abstrahera är beroende av vårt handlande (1964, s. 87). Det omvända gäller också, d.v.s. att ett utvecklat språk underlättar ett yttre aktivt beteende.

"... if the individual can keep verbal referents going in a self-consistent scheme, action remains possible and life retains its meaning. If he cannot, if the integrity of the symbolic-framework is undermined, external action grinds to halt" (a.a., s. 115).

Vårt språk måste ha konsistens för att vi lättare skall kunna erhålla självaktning utan ångest. Om den symboliska referensramen inte längre är hållbar så får vi svårare att agera. Den deprimerade utgör ett typiskt exempel på resultatet av en sådan process. Den som blivit deprimerad tar till skuldspråket för att få ordning på den symboliska referensramen.

"Vi måste förstå att hans självanklagelser inte bara återspeglar skuldkänslor över ett olevt liv utan att de också utgör ett *språk* för att göra den egna situationen meningsfull ... Den deprimerade personen utnyttjar skulden för att hålla fast vid sina objekt och bevara situationen oförändrad" (1975, s. 248).

Man kan se skuldkänslorna dels som ett resultat av ett misslyckande i livet, men också som den misslyckades försök att åstadkomma ordning, åtminstone språklig ordning. Skuldspråket är främst inriktat på att skapa en konsistent jag-uppfattning och konsistenta "meanings". Skuldkänslorna representerar alltså ett psykologiskt följdtillstånd *och* en språklig lösning eller, annorlunda uttryckt, en språklig lösning på ett personligt misslyckande.

En handlingssekvens ("meaning") är definitionsmässigt en språklig konstruktion eftersom vi bildar handlingssekvenser genom att bearbeta beteenderepertoarer språkligt och vi har handlingssekvenserna i vårt medvetande (minne) i form av ordkombinationer.

"When we put enough word-motives together, we have answers to the four common human problems; we have, in sum, a complex fabric of meaning that is adequate ground for satisfying action" (1964, s. 63).

Det är inte nödvändigt att vi besvarar mänsklighetens fyra allmänna problem (se vidare s. 109) med hjälp av ord, utan i och med att vi har bearbetat beteenderepertoarerna språkligt så torde vi veta hur vi i ett visst läge skall agera. Det viktiga i det här sammanhanget är att för att vi tydligt skall kunna förutse händelser måste vi inom oss själva *kunna* formulera de tänkbara handlingarna. Ett skäl till detta är att våra handlingar äger rum i ett samhälle uppbyggt av symboler. Vår identitet, "the self", är formad i det språkliga samspelet med andra och kan därför också lätt brytas ner av några ord (a.a., s. 41).[19] Det är då viktigt att vi kan hantera språket så att vi inte låter oss brytas ner av ett enda ord. Denna kontroll av språket är bland annat en fråga om förmågan att lätt formulera om handlingssekvenser, d.v.s. kunna kontrollera handlingssekvenserna i olika situationer.

"The easy handling of the verbal context of action gives the only possibility of direct exercise of control over others" (1971, s. 94).

Det är möjligt att ha ett rikt språk och t.o.m. vara medveten om detta och ändå ha svårt att kontrollera handlingssekvenserna i olika situationer. Man har då blivit alltför låst i vissa språkliga- och/eller handlingsmönster (mer om detta problem diskuteras på s. 107 f) eller språket har för lite anknytning till beteenderepertoarer (se t.ex. s. 98).[20]

Jag tror vi får se språkets betydelse för att kontrollera handlingssekvenserna ("meanings") ur två aspekter. Dels är en handlingssekvens en kombination av medel—mål som måste formuleras i ord och dels bygger handlingssekvenserna i stor utsträckning på *verbala* handlingar. Det senare innebär också att om vi kan kontrollera språket så kan vi lättare styra andra människor i den riktning vi önskar. Ett sätt att manipulera andra är alltså att få dem att agera enligt ens egen språkliga referensram (a.a., s. 97).

Sammanfattningsvis kan sägas att Becker visar att det är nödvändigt med ett språk för att vi skall ha möjlighet att kontrollera våra handlingar, d.v.s. språket är en förutsättning för ego. Den som är språkligt fattig är också fattig på handlingsmöjligheter.

6.4.2.2 Försvarsmekanismer

Försvarsmekanismerna är en viktig jag-funktion med vars hjälp vi försöker bemästra ångesten. Egos "allmänna" funktion får också ses som individens sätt att undvika ångest (d.v.s. mer förebyggande). Medan försvarsmekanismerna kan betraktas som en speciell jag-funktion som vi mer försöker utnyttja när ångesten kommer. Man kan möjligen säga, att försvarsmekanismerna utgör en övergripande kontrollfunktion som håller obehagliga "sanningar" borta från medvetandet.

"De smärtor vi upplever, våra verkliga eller inbillade sjukdomar, ger oss något som vi kan känna samband med. De hindrar oss från att glida ut ur världen, från att sjunka ner i förtvivlan och fullständig ensamhet och tomhet" (1971, s. 171).

Detta är en beskrivning av en försvarsmekanism som kallas överföring.[21] Man har i detta fall använt den egna kroppen som överföringsobjekt. Jag menar att man kan säga, att försvarsmekanismen är en kontroll av samspelet mellan kontroll av handling och möjlighet till handling. Man kan också uttrycka det som att försvarsmekanismernas två huvuduppgifter är dels att utestänga vissa möjligheter och dels att bemästra de möjligheter man väljer. Den sistnämnda huvuduppgiften kan vara att vi inför oss själva försöker hävda att en vald handlingsmöjlighet innebär självaktning utan ångest. Nästa citat anger varför den första huvuduppgiften är så viktig.

"Det finns ingen möjlighet att uppleva hela livet. Var och en måste utestänga stora delar av det, måste 'stycka upp' det, som Rank sade, för att undgå att bli överväldigad" (a.a., s. 281).

Frågan är hur vi lyckas, inför oss själva och inför andra, att utestänga de delar av verkligheten som ger mest ångest och minst självaktning. Fungerar den form av "avvisande av verkligheten" (a.a., s. 209) som vi valt i det sociala sammanhang vi lever. Förutom problemet med *hur* vi avvisar verkligheten är det alltså också viktigt *hur mycket* man avvisar av verkligheten.

Den schizofrene personen tillhör den kategori människor som avvisar relativt lite, medan den deprimerade personen utestänger stora delar av verkligheten.

"Kreativiteten hos människor som befinner sig på den schizofrena ändan av det mänskliga kontinuet har sitt upphov i oförmågan att acceptera standardiserade kulturella förnekanden av erfarenhetens verkliga natur" (a.a., s. 84).

Men det torde även finnas deprimerade personligheter som kommit till en punkt där man accepterat "erfarenhetens verkliga natur" och just därför blivit deprimerade (se t.ex. A. Alvarex, 1974). Den viktigaste aspekten av "erfarenhetens verkliga natur" menar Becker alltså är vetskapen om sin egen död. Mycket av försvarsmekanismernas funktion gäller hur de bäst tränger bort insikten om vår grundläggande ontologiska position som människa.

"Om barnet fått en mycket gynnsam uppfostran, hjälper den bara så mycket bättre till att dölja rädslan för döden" (a.a., s. 39).

Den gynnsamma uppfostran går då ut på att hjälpa barnet med bortträngningarna enligt de standardiserade mönster som finns i den aktuella kulturen.

Sammanfattande schema:

	Den deprimerade personen	*Den schizofrene personen*
a) Vår ontologiska position som människa	För mycket Agape (d.v.s. vilja att foga sig)	För mycket Eros (d.v.s. vilja att bejaka sig)
b) Kulturen – Samhället	Samhället förespråkar att handlingarna är knutna till få objekt	Kulturen tillhandahåller alltför många handlingar
c) Objekt	Ingår i få betydelsefulla relationer	Ingår i få betydelsefulla relationer
	Finner alltför mycket säkerhet i sina relationer	Finner alltför lite säkerhet i sina relationer
d) Yttre handlingar	Tillgång till få yttre handlingar	Prövar många yttre handlingar
	Alltför stark kontroll av de yttre handlingarna	Alltför lite kontroll av de yttre handlingarna
e) Ego	Ej ego-stark (ego kan handskas med få beteenden)	Svagt utvecklat ego (ego kan handskas dåligt med beteenden)

6.4.3 "Meanings" – handlingssekvenser

6.4.3.1 Allmänt om "meanings"

Vi strukturerar våra erfarenheter i "meanings", enligt Becker. "Meanings" syftar på någon form av handlingsberedskap och därför torde man kunna översätta "meaning" med handlingssekvens. Sekvens eftersom beredskapen syftar på tänkbara medel att nå vissa mål (om. . .så). I fortsättningen kommer jag därför att genomgående översätta "meaning" med handlingssekvens. En handlingssekvens är ett beteendemönster som ego har bearbetat med hjälp av språket.

". . . alla våra meningar ('meanings', min anm.) byggs in i oss utifrån, genom våra mellanhavanden med andra. Det är detta som ger oss ett 'jag' och ett superego" (a.a., s. 67).

Ego i den vida definitionen består av en uppsättning handlingssekvenser, men ego är också en förutsättning för att vi skall forma en mängd handlingssekvenser. Vi måste utnyttja samtliga de fyra viktiga ego-egenskaperna för att bilda handlingssekvenser (d.v.s. förmågan att abstrahera, förmågan att dela in verkligheten i tidssekvenser, förmågan att vänta med en respons och förmågan att se sig själv). (Frågan om vad superegot representerar kommer jag inte att diskutera.)

Den avgörande skillnaden mellan beteenderepertoarer och handlingssekvenser är att de senare är *medvetna* beteendemönster.

"It is this framework of expectation and prediction that constitutes 'mind'. From a behavioral point of view, mind on any organismic level is *the total field of meanings*. . . In man, they are elaborated into a total field of conscious cause-and-effect; a network of symbolic ramifications which we are pleased to call conscious mind" (1964, s. 13).

Vi människor har möjlighet att medvetet predicera våra handlingar. Becker betraktar samtliga våra handlingssekvenser som vår totala kunskap om våra yttre handlingar.

"Mind is the total field of operative meanings. Mind is the total field of knowledge of cause-and-effect sequences, sequences that refer to activity" (a.a., s. 50).

Det är alltså denna orsak-verkansekvens som jag kallar *handlingssekvens,* eftersom den alltid berör vår handlingsberedskap. Denna kategorisering i orsak–verkan är individuell och en utomstående kan betrakta den som helt irrelevant. Det viktiga är att individen själv uppfattar att en viss faktor har en viss effekt.

Den som blivit deprimerad utgör ett bra exempel på att det är fråga om att få verkligheten att gå ihop.

"En av de omedvetna taktiska metoder som den depressiva personen tar sin tillflykt till för att försöka finna en mening i sin situation är att betrakta sig själv som oerhört värdelös och skuldbetungad" (1975, s. 101).

"Ingen kan ju tycka om mig eftersom jag är helt värdelös". Den depressive finner alltså ofta svaren på sitt misslyckande i sin egen inkompetens, eftersom detta är det enda svar han kan finna som gör det hela förståeligt. Becker menar, att denna process är omedveten vilket kan förefalla motsäga tesen att "meaning" är med-

vetna orsak-verkansekvenser. Men det är alltså processen (den "taktiska metoden") som är omedveten och inte resultatet av denna process.

Den mest drastiska lösningen för att få tillvaron att gå ihop, som den deprimerade tar till, är självmordet.

"*Suicide remained the last controllable, predictable, focused activity—the last meaningful activity in life*" (1964, s. 91).

Den deprimerade upplever i denna situation att det inte längre finns några objekt förutom den egna kroppen som han medvetet kan kontrollera.

Det kan vara intressant att jämföra den deprimerades skuldspråk med den schizofrenes särpräglade språk. När det gäller den deprimerade menar Becker att det är ett försök att nå "meaning", medan däremot den schizofrene bygger upp "meaning-games".

"The schizophrenic, in effect, is creating *meaning-games*. He seems to be keeping symbolic action moving forward, while his organism is cut off from any executive powers toward the external world. Physically powerless to act, the individual keeps his symbolic commitment to the cultural world" (a.a., s. 92).

De skilda sätt på vilka Becker beskriver den schizofrenes "meaning" och den depressives "meaning" kan givetvis bero på olika beteckningar för likartade företeelser. Jag finner dock för troligt, att Becker menar, att den schizofrene bara bygger upp ord-lekar ("meaning-games") som inte har någon anknytning till handling (bygger ej på beteenderepertoarer). "Meaning" har vi enbart när vi tror oss förstå en handlings eller ett objekts konsekvenser på oss (a.a., s. 12).

En viktig poäng med handlingssekvensbegreppet är att det är en abstraktion, d.v.s. vi för samman flera enheter till *en* enhet enligt någon princip. Denna princip är alltså orsak—verkan för prediktion.

"This allows us to understand 'concretization' in schizophrenia—the inability to see objects in terms of their class properties. The class aspect of an object is its use aspects" (a.a., s. 88).

Att kunna tillskriva ett objekt mening innebär helt enkelt att man förstått (eller tror sig förstå) vad det kan användas till.

Frågan är om man skall betrakta handlingssekvens som enbart en kognitiv faktor eller säga att till handlingssekvenser hör också vissa känslor eller t.o.m. hävda att handlingssekvenser består av ett nätverk av kunskap, känslor och värderingar.[22] Jag tror man bör begränsa handlingssekvens till att vara enbart en kognitiv bestämning, men samtidigt vara medveten att man förknippar vissa värderingar och känslor med denna handlingssekvens.

"Emotional participation in life is the process of reworking meanings in a total organismic experiential sense" (a.a., s, 53).

En annan tolkning görs dock av den amerikanske sociologen W. Lafferty som ser "meanings" som en överordnad kategori "which describes the integration between object, symbol, action-potential, and emotion" (1976, s. 59). Med det sist-

nämnda avser Lafferty självaktning och ångest. Jag tror dock inte att våra skilda tolkningar av "meaning" får konsekvenser för analysen. Man kan även säga att handlingssekvenser implicerar känslor. Känslor uppkommer när vi hejdats i vårt agerande och det finns tänkbara alternativ (a.a., s. 180). Detsamma gäller när vi bildar handlingssekvenser, d.v.s. när vi måste tvingas använda ego.

Vi ser slutligen något på handlingssekvensbegreppets betydelse vid en depression. Förlust av objekt och av handling innebär också förlust av handlingssekvens.[23] Förlust av handlingssekvenser innebär att vår möjlighet att ge livet innehåll (life-significance) och självaktning reduceras.

"Self-value, then, and objects, are inseparable from a drama of life-significance. To lose self-esteem, to lose a 'game', and to lose an object, are inseparable aspects of the loss of meaning" (a.a., s. 113).[24]

"Life-significance" bör syfta på mening på en högre nivå – livets mening. Den andra satsen kan dels syfta på detta och dels på handlingssekvens som en resurs att predicera omgivningen. Men det viktiga är nog att dessa två nivåer är intimt beroende av varandra på så sätt att "life-significance" kan man ej uppnå om man ej tillgodosett behovet av handlingssekvenser.

". . . /'meaning'/ is the establishment of dependable cause-and-effect sequences which permit ego-mastery and action. Meaning is at the heart of life because it is inseparable from dependable, satisfying action" (a.a., s. 113).

6.4.3.2 Predicerbarhet – Kontroll – Makt att manipulera

Becker använder några begrepp, som är svåra att göra en klar distinktion mellan, när han försöker göra en bestämning av innehållet i handlingssekvenserna. Predicerbarheten är det övergripande begreppet. "Meaning" kan just definieras som predicerbara handlingar, d.v.s. ett antagande om att en viss handling leder till ett visst resultat. Makt att manipulera gäller förmågan att *styra* utfallet av handlingarna i en viss riktning. Om man kan styra kan man förutse, men det omvända gäller inte nödvändigtvis. Makt att manipulera har också en mer direkt social anknytning (se vidare diskussionen på s. 112). Kontrollbegreppets betydelse uppfattar jag ligger någonstans mitt emellan predicerbarhet och makt att manipulera. Kontroll kan ses som en precisering av "meaning", d.v.s. hur säkert bedömer jag antagandet vara att en viss handling leder till ett visst resultat.

Kontrollbegreppet har mycket att göra med det Becker kallar mänsklighetens fyra allmänna problem.

" 'The Four Common Human Problems'. Only when they have been answered can the human animal navigate with comfortable predictability in an otherwise chaotic world.

1) What kind of reactions is one to expect from volantile human-objects?
2) What are the support and limitations of my powers?
3) In what sequential scheme is my action to be embedded?
4) How can I best orient my action to safety and to maximum satisfaction?" (a.a., s. 12).

Becker menar, att samtliga dessa frågor anknyter till prediktion, säkerhet och tillfredsställelse. Becker preciserar dock inte relationen mellan dessa frågor eller dessa tre sammanfattande begrepp. En tolkning vilken överensstämmer med andra avsnitt är att *handling som är predicerbar inger säkerhet som medför tillfredsställelse*. Men kan då inte även handlingar vara predicerbara utan att *inge* säkerhet? Man vet t.ex. ganska väl hur en framtida händelse kommer att gestalta sig, men man är rädd för denna utveckling. Man kan formulera ytterligare frågor enligt dessa bestämningar som gör att man inser att det inte finns några enkla samband. Man kan endast konstatera, att prediktion, säkerhet och tillfredsställelse är intimt förknippade med varandra (vilket man kanske kan säga om allting här i världen). Om sambandet vore lika enkelt som jag först formulerade det, så skulle det inte heller behövas fyra frågor som alla bidrog till förståelsen av mänskligt beteende.

"Safe, predictable action is the *sine qua non* of survival for any organism; for man it is especially necessary" (a.a., s. 12).

Säkra *och* predicerbara handlingar är nödvändiga för vår överlevnad eller man kunde kanske snarare säga att *predicerbara handlingar som är säkra är livsnödvändiga* (och ger mest tillfredsställelse). Jag tror att med den sistnämnda formuleringen så har vi kommit närmast en definition av det viktiga kontrollbegreppet. Vi upplever alltså att vi har kontroll över vår situation (våra handlingar) när vi anser oss kunna göra en säker prediktion. Men det är viktigt att relatera denna tes till det mänskliga huvudmotivet, d.v.s. att nå självaktning utan ångest. En *säker* prediktion av tänkbara handlingar är en viktig förutsättning för att undvika ångest och vi får högre självaktning om vi kan göra säkra prediktioner av *många* handlingar.

Vad kan nu en säker prediktion grunda sig på?

"*Internal, free creation of matched means-end sequences.* Here the individual has full control over the means, and appraises them with reference to the goal" (a.a., s. 205).

Man måste alltså erfara att man *själv* har kontroll över de medel som leder till vissa önskvärda mål. Motsatsen till detta kallar Becker utifrån Dewey *"External-coerced means-end relationships"*. Becker menar, att detta är den perfekta definitionen av alienation, det mekaniska handlandet.

"By definition, then, the coerced means-end sequence stands for everything that is not human, *not* freeing, *not* fulfilling. With the coerced means-end sequence man abdicates the exercise of his own powers" (a.a., s. 205 f).

Man är i detta fall inte själv agent utan de medel som leder till ett visst mål finns utanför jagets kontroll. Man kan även säga, att de yttre hindren har blivit så överväldigande att man själv inte kan se att ens egna handlingar leder till vissa mål. Vi måste helt enkelt ha möjlighet till kontroll av våra yttre handlingar för att vi skall kunna göra säkra prediktioner.

En annan slutsats man kan dra av Beckers diskussion är att handlingssekvensen bör vara *konsistent,* d.v.s. medel-målprediktionen skall "hänga ihop". Det är

inte bara den enskilda handlingssekvensen som bör vara konsistent för att vi skall nå en inre kontroll, utan även handlingssekvenserna sammantagna bör vara konsistenta. Människan strävar efter att få samtliga handlingssekvenser att logiskt hänga ihop (a.a., s. 34) och detta är givetvis lättare om man inte har så många handlingssekvenser att ta hänsyn till.

En annan faktor som påverkar vår förmåga att kontrollera handlingssekvenserna är *kontinuiteten*. Handlingssekvenser vilka vi har erfarenhet av från långt tillbaks i tiden är lättare att kontrollera men de är samtidigt svårare att förändra.

"When one gets down to the last twenty years of this life drama, it becomes more and more difficult to justify abrupt changes in continuity: there is too much preceding plot for it to be remainpulated with ease" (a.a., s. 118).

Detta borde innebära att det skulle vara svårare att bemästra ett objekt eller en handlingsförlust på äldre dagar. Men å andra sidan så torde äldre människor ha lärt sig att kontrollera objektvärlden bättre och de borde vidare ha fler handlingssekvenser att "beta av". Man bör dock beakta denna fråga om kontinuitet t.ex. när man diskuterar involutionsdepressioner och den höga andelen depressioner bland män i pensionsåldern.

I vilka avseenden är det viktigt att vi har kontroll över handlingssekvenserna?

"... the person's main task is to put his self-esteem as firmly as possible under his own control; he has to try to get individual and durable ways to earn self-esteem" (1971, s. 191).

Människans primära motiv, enligt Becker, är att nå självaktning (se nästa avsnitt). Därav följer att det naturligtvis är mycket viktigt att individen själv kan kontrollera de sätt på vilka hon kan nå självaktning. Det framgår även av detta citat att det bästa är om den individuella kontrollen att erhålla självaktning är varaktig (d.v.s. har kontinuitet). Man kan här finna en förklaring till varför vi så ofta hänger upp tillvaron på ett fåtal objekt.

Det är inte bara viktigt att man har kontroll över handlingssekvenser. Man bör också vara medveten om att man har denna kontroll, först då har man fått en inre säkerhet. Becker exemplifierar denna process med den kända fallbeskrivningen om den schizofrena flickan Renée. Med hjälp av psykologen och bokens författare M. Sechehaye (1976) återvände den då desorienterade 18-åriga Renée till händelser och upplevelser hon varit med om mycket tidigt i sin barndom. Hon lekte bland annat med sina dockor och började därigenom uppleva att hon hade möjlighet att kontrollera något utanför sig själv. Becker försöker med detta exempel visa, att även om man har få handlingssekvenser och en ringa självaktning kan man i vuxen ålder börja bygga upp en identitet om man får erfara att man har möjlighet att kontrollera omvärlden. Renée lekte sålunda med sina dockor för att:

"... secure object-oriented action, with no anxiety, and a felt manipulation through the exercise of one's own powers" (a.a., s. 94).[25]

Sammanfattningsvis kan då sägas att det viktigaste för den personliga till-

fredsställelsen är att vi kan kontrollera handlingssekvenser som ger självaktning och en inre säkerhet, samt att man är medveten om att man är agent för denna kontroll.

Skillnaden mellan makt att manipulera och kontroll kan möjligen enbart vara en fråga om ord. Becker använder ett mycket skiftande och bildrikt språk. Jag tror dock att det finns vissa betydelsefulla skillnader mellan begreppen. I citatet om Renées lek med dockor använder Becker termen "manipulation" och syftar på Renées *upplevda aktiva styrning* av sin objektvärld, d.v.s. dockorna. Makt att manipulera syftar mer på ett aktivt deltagande och ligger därför närmare det "yttre" kontrollbegreppet än det "inre" kontrollbegreppet.

"The schizophrenic seems to have been hobbled at the very beginning by not being given the 'maternal start' necessary to initiate the self-reinforcing circularity of manipulation → meaning → self-value" (a.a., s. 46).

Makt att manipulera skulle alltså föregå förmågan att säkert predicera; det senare utgör en bestämning av "meaning". Jag tror att i "makt att manipulera" finns det tre moment: a) upplevelse av att man styr, b) att man agerar i den yttre verkligheten och c) att man "faktiskt" påverkar den yttre verkligheten. Man kan säga att begreppet binder samman den inre och den yttre verkligheten. Kontrollbegreppet syftar däremot bara på det första momentet, men det förutsätter de två andra momenten. Kontroll av handling (s. 94 f) borde då snarast syfta på de två sistnämnda momenten. Man kan säga, att inre säkerhet (kontroll av handlingssekvenser) grundar sig på yttre säkerhet (d.v.s. att man kan påverka objekt i en viss bestämd riktning) *och* omvänt (vi torde inte kunna gå ut i den yttre verkligheten och försöka styra den om vi inte tror oss kunna göra säkra prediktioner).

6.4.3.3 Möjligheternas kontinuum

Har vi en rik uppsättning handlingssekvenser så har vi också större möjligheter att välja olika handlingsalternativ.[26] Men alltför många möjligheter innebär att vi lätt förlorar förmågan att kontrollera vår situation. Skälet till detta är att vi riskerar att bli överväldigade av omgivningen och vidare får vi ej tid att lära oss vissa handlingsmöjligheter. I "Dödens problem" anknyter Becker detta problem till den ändliga kroppen kontra det symboliska jagets trancenderande förmåga.

"Alltför mycket av möjlighet är detsamma som personens försök att övervärdera det symboliska jagets förmåga. Det återspeglar försöket att överdriva den ena hälften av människans dualism på bekostnad av den andra" (1975, s. 97).

Den schizofrene utgör ett exempel på en person som på detta sätt förnekar den ändliga kroppens begränsning. Den andra extremen på möjligheternas kontinuum intas av den deprimerade personen. Becker hämtar följande citat från Kierkegaard (Sickness, ss. 170—172).

"Om man vill jämföra tendensen att fara vilse i möjligheten med barnets ansträngningar att uttala vokalerna, är avsaknad av möjlighet som att vara stum. . . ty utan det möjliga kan människan liksom inte dra andan" (a.a., s. 101).

Som framgår av de båda citaten är den bästa lösningen om man inte vill bli "mentalt sjuk" att inta en mellanställning på möjligheternas kontinuum. Kierkegaard menar att de flesta människor hamnar där och betecknar dem som kälkborgare med en "normal neuros". Man kan också säga att idealet är att *kontrollera mesta möjliga handlingsalternativ.*

Varför är det bra att ha relativt många handlingssekvenser? Jag har redan ovan försökt ge ett svar på den frågan. Enligt Beckers tolkning av Dewey är det viktiga att många möjligheter innebär att *personen kan fortsätta agera (d.v.s. leva) när hon ställs inför svåra situationer* (1964, s. 201). Men varför strävar då inte alla människor efter att vidga sina möjligheter? Frågan förutsätter att alla människor *borde* sträva efter detta om de kunde överblicka hela sin situation eftersom ökade möjligheter bidrar till större självaktning (se även not 36, s. 137).

För att undvika ångest försöker människan finna säkra svar på de fyra allmänna mänskliga problemen och detta medför minskade möjligheter (a.a., s. 202). Denna begränsning av handlingssekvenserna kan ofta ha påbörjats redan under de tidiga uppväxtåren som en rädsla för objektförlust. Det är just rädslan för det osäkra som gör att den deprimerade så ofta binder upp sitt liv på ett fåtal objekt.

"... den deprimerade personen undviker möjligheten till oberoende och mera liv just därför att detta är vad som hotar honom med undergång och död. Han håller fast vid de människor som har förslavat honom i ett nätverk av förkrossande förpliktelser och förringande samspel, just därför att dess människor *är hans tillflykt,* hans styrka, hans skydd mot världen" (1975, s. 102).

Att man i vuxen ålder begränsar handlingssekvenserna kan även bero på att man i barndomen i högre grad än andra blockerats att erfara "possibility of broader choices", t.ex. p.g.a. skuld (1964, s. 186). Det har ju givetvis även att göra med de hinder som man i dag stöter på i den yttre verkligheten. Man kan här anknyta till den diskussion som fördes om varför man inte fann någon socialgrupp nämnvärt överrepresenterad vad gällde depressioner. Det ligger nära till hands att anta, att de som kommer från de lägre socialgrupperna i allmänhet har mindre möjligheter till varierande handlingar, eftersom de stöter på fler hinder i den yttre verkligheten. De övre socialgrupperna å andra sidan torde ha lättare tillgång till olika handlingsmöjligheter, de har kanske ett rikare språk, etc., men samtidigt har de en stark förväntan (från sig själva och omgivningen) att de bör lyckas nå de kulturella målen. En stark förväntan om hur den egna tillvaron bör gestalta sig kan jämställas med att ha alltför kontrollerade handlingssekvenser (se nedan). Det torde alltså, för att en depression ska utvecklas, vara två skilda betingelser i den yttre verkligheten som gör sig mest gällande i olika socialgrupper.[27]

Den deprimerade tror sig kunna göra säkra prediktioner om den begränsade värld som kringgärdar henne. Hon har lärt sig svaren på mänsklighetens fyra allmänna problem alltför väl (a.a., s. 108). Man bör inte sätta för mycket tilltro till de svar man har på dessa problem. Besvikelsen blir då desto större när prediktionen inte stämmer och detta torde inträffa relativt ofta eftersom verkligheten ständigt

ändrar sig. Men för den depressive har vissa svar blivit nödvändiga och det nödvändiga är det mycket svårt att ändra på.

"Kierkegaard sammanfattar: 'Att sakna möjligheter betyder antingen att allting har blivit nödvändigt för en eller att allting har blivit trivialt'.

I den ytterlighet som den depressiva psykosen utgör tycks vi faktiskt se en sammansmältning av dessa båda: allting har samtidigt blivit nödvändigt *och* trivialt – vilket leder till fullständig förtvivlan" (1975, s. 102).

Det kan vara svårt att förstå vad Kierkegaard och Becker menar med att något kan vara både nödvändigt och trivialt. Det liv som den depressive personen "väljer" har blivit nödvändigt i den meningen att hon ej kan tänka sig något annat sätt att leva på. I sin mest extrema form, när hon låter sig helt uppslukas av andras förväntningar, handlar det om självligt slaveri. Man har valt tryggheten, men förlorat förmågan att själv ge livet mening. Det är det sistnämnda som det triviala står för, d.v.s. att det man gör helt saknar betydelse för ens självaktning.

Förmågan att kritiskt tolka omvärlden

Ett begränsat omfång handlingssekvenser (möjligheter) leder ofta till att man blir okritisk i förhållande till den sociala verkligheten. (I nästa avsnitt kommer jag också att visa att få möjligheter innebär att man är okritisk mot sig själv.)

"The great break-through in the contemporary theory of mental illness is that it represents a kind of stupidity, a limitation or obtuseness of perception, a failure to see the world as it is. It is not a disease in the medical sense, but a failure to assign correct priorities to the real world" (1971, s. 151).

Jag finner att denna Beckers tes något motsäger den linje han driver i sina senare böcker (framför allt "Dödens problem"), där han hävdar att den schizofrene har tagit in för mycket av det som finns i den yttre verkligheten. Becker skulle nog modifiera det ovan presenterade citatet med att säga, att den mentalt sjuke inte kan göra riktiga prioriteringar i den kulturella fiktion han lever i, istället för som här "the real world".

Vad är anledningen till att så många människor är så okritiska till nya erfarenheter i den meningen att de väljer bort intrycken utan att bearbeta dem?

"The individual learns from his parents to anchor his self-concept in a narrow range of culturally approved choices: consequently, he may not be free to choose from the range and quality of present new experiences" (1964, s. 221).

Handlingssekvenserna begränsas och inordnas i vad som är kulturellt accepterat redan under människans första år. Genom denna snäva erfarenhetsvärld har människan sedan svårt att kritiskt granska nya erfarenheter. För att bättre förstå vad Becker menar så måste man beakta de mänskliga motiven. Den sociala verkligheten förändras ständigt och därmed också de sätt på vilket vi kan nå största möjliga självaktning utan ångest. Den människa som har en snäv erfarenhetsvärld har svårare att både inse denna realitet och (bland annat p.g.a. detta) svårt att finna andra sätt att nå självaktning utan ångest.

Skuldkänslor utvecklar vi när vi går utanför våra starkt kontrollerade handlingssekvenser (a.a., s. 186). En person som tidigt lär sig att begränsa erfarenheterna hamnar mycket lätt i en situation där han tvingas gå utanför de starkt kontrollerade handlingssekvenserna. Hur uppkommer då skuldkänslor jämfört med ångest? Ångest (och i sin mest extrema form upplevelse av kaos) uppstår när vi saknar kontroll över handlingarna. Denna upplevelse baseras inte på väl förankrade handlingssekvenser. Skuldkänslor däremot är i högsta grad uttryck för hur man utifrån sina egna starkt kontrollerade handlingssekvenser ser på de icke acceptabla beteenden man gjort.

Om vi kommer att uppleva skam (som ligger på samma kontinuum som skuld; skam refererar till regler som är mer explicita) och skuld beror på antalet socialisatörer, i vilken ålder man tvingas lära sig bestämda sociala regler och hur mycket kulturen förändras som man lever i (a.a., s. 194). Att döma av Beckers övriga resonemang löper man alltså större risk att utveckla begränsade och mycket kontrollerade handlingssekvenser och därigenom skuld om man mycket tidigt blir uppfostrad i bestämda sociala mönster av en enda socialisatör. Dessa interpersonella förhållanden är kännetecknande för den deprimerade personligheten.

"The depressed person's stupidity . . . resides in the fact that he has firm patterns of interpersonal behavior, but a narrow repertory of explicit vocabularies of choice" (a.a., s. 132).

Den schizofrene personligheten *kan* vara medveten om flera tänkbara handlingssekvenser, men problemet är att han inte behärskar de beteenden som handlingssekvenserna syftar på. Den deprimerade personligheten behärskar mer än väl beteendet, men har i stället få tänkbara handlingssekvenser. Ett annat sätt att formulera den deprimerade personens problem är att säga, att han är omedveten om relationen mellan medel och mål i den sociala värld han lever i.[28]

Den deprimerade kan inte uppleva att han har några val eftersom alternativen bestäms av andra. Den deprimerade kan dessutom inte kritiskt granska dessa alternativ eftersom han inte har någon plattform att formulera sin kritik ifrån, d.v.s. han är inte medveten om andra alternativ. Skuldkänslorna kommer när han p.g.a. yttre omständigheter tvingas leva på ett annat sätt. Han kan fortfarande inte föreställa sig andra alternativ och just denna konflikt skapar skuldkänslor. Man kan även tänka sig att det är fråga om en interaktion, även om inte Becker nämner denna möjlighet, på så sätt att skuldkänslorna innebär att man i ändå högre grad inte litar på sig själv och därför går upp i andras krav.

Utifrån denna syn presenterar Becker vad han kallar ett vårdpolitiskt program:

"Social cohesion and individual integration, in other words, join to limit the possibilities of personal tension cultivating stupidity (a narrow range of vocabularies of choice). There seems to be only one way out of this dilemma: namely, to increase explicit vocabularies of motivation *and at the same time to give the individual a consciousness that he has choices among them,* as well as make it possible for him to implement these choices" (a.a., s. 218).

Det gäller alltså att utvidga de tänkbara yttre handlingarna på så många sätt

och inom så många områden som möjligt. För detta fordras givetvis även politiska och ekonomiska förändringar, i synnerhet för de grupper som i dag har begränsade möjligheter att styra sin tillvaro. Dessutom måste individen göras medveten om att han kan välja (kritiskt) mellan alla dessa alternativ.

Förmåga att kritiskt granska sig själv

Den person som har få handlingssekvenser har också svårigheter att se sig själv ur flera perspektiv. Man får en begränsad självbild och kan därför inte ställa sig utanför sig själv för kritisk granskning.[29] Oförmågan att kritiskt granska sig själv förekommer ofta hos de människor som lätt blir deprimerade. Hon är så rädd för att visa sig själv att hon, som Becker uttrycker det, bokstavligen förefaller dum (1975, s. 101). Denna rädsla har ofta, som påpekats tidigare, grundlagts i barndomen. Resultatet blir att den deprimerade personligheten har svårt att finna orsaker till ett depressivt tillstånd hos sig själv eftersom hon har dålig insikt i varför hon överhuvudtaget har blivit den hon är.[30] Den person som ej kan relatera sin tidiga uppfostran med sitt nuvarande jag har inte blivit av med sitt Oidipuskomplex, enligt Becker (1964, s. 167).

Den deprimerades bristande självinsikt kommer till uttryck i språket.

"Depressive self-accusation, in sum, amounts to a *search for a vocabulary of meaning* in the face of an overwhelmingly frustrating situation. It is a form of language substitute, a type of stupidity by someone poor in words" (a.a., s. 120).

Våra handlingssekvenser är formade i ord, men den deprimerade har så få ordkombinationer (d.v.s. handlingssekvenser att välja mellan) att den enda lösning hon kommer på är att betrakta sig själv som värdelös. Becker tycks här förutsätta (stämmer ej med "Dödens problem") att det inte finns någon grund för att betrakta sig som värdelös. Det omvända kan likaväl gälla, nämligen att om man av andra blir betraktad som värdelös så *känner* man sig värdelös och blir därigenom deprimerad. Man kan ju dessutom i någon existentiell mening betrakta sig själv som värdelös.

Det viktiga i detta sammanhang är dock att den deprimerade personen alltså har dålig självinsikt och detta tillsammans med få utvecklade handlingssekvenser får många konsekvenser.

"The individual doesn't know the performance style into which he has been trained; he doesn't know why he feels anxious at certain eventualities; he doesn't know why he is trying to get the other person to do *just this* particular thing" (a.a., s. 119).

Becker syftar i detta citat på "de flesta människorna". Men i andra sammanhang framgår det att det i synnerhet gäller deprimerade personer.[31]

Sammanfattande schema:

	Den deprimerade personen	*Den schizofrene personen*
a) Vår ontologiska position som människa	För mycket Agape (d.v.s. vilja att foga sig)	För mycket Eros (d.v.s. vilja att bejaka sig)
b) Kulturen – Samhället	Samhället förespråkar att handlingarna är knutna till få objekt	Kulturen tillhandahåller alltför många handlingar
c) Objekt	Ingår i få betydelsefulla relationer	Ingår i få betydelsefulla relationer
	Finner alltför mycket säkerhet i sina relationer	Finner alltför lite säkerhet i sina relationer
d) Yttre handlingar	Tillgång till få yttre handlingar	Prövar många yttre handlingar
	Alltför stark kontroll av de yttre handlingarna	Alltför lite kontroll av de yttre handlingarna
e) Ego	Ej ego-stark (ego kan handskas med få beteenden)	Svagt utvecklat ego (ego kan handskas dåligt med beteenden)
f) Handlingssekvenser	Tillgång till få handlingssekvenser	Tillgång till många ordlekar och diffusa handlingssekvenser
	Alltför stark kontroll av handlingssekvenserna	Alltför svag kontroll av handlingssekvenserna

6.4.4 Mänskliga motiv

Becker hävdar, att man inte kan betrakta några mänskliga motiv som rent personliga motiv. I detta ligger inbegripet att inga drifter styr handlandet hos den vuxne personen, d.v.s. den som utvecklat ett symboliskt jag. (Det framgår inte helt klart om Becker menar att barnet, som ej hunnit utveckla ett symboliskt jag, styrs av drifter.)

"... the individual has a private life, but since this life is only the 'inner pole' of the social motives, it is private only by *location* ... Shame arises *in the moment of acknowledgement* that private is merely the 'inner pole' of the social. It is the confusion that one *really has nothing private per see to oppose to someone's scrutiny*" (a.a., s. 189 f.).

Man kan knappast dra någon skarp gräns mellan det personliga och det sociala, enligt Becker. Man kan aldrig utveckla några motiv som är helt ens egna, utan alla motiv har på något sätt kommit utifrån. Skamkänslor uppstår, som Becker skriver, när vi upptäcker att vi egentligen inte har några privata motiv.[32] Men då har vi ju fått en insikt om hur det verkligen förhåller sig och det blir därför något förvirrande att som Becker gör beteckna det som "confusion".

Det finns dock ett mänskligt motiv som är universellt. Det är universellt på så sätt att det gäller alla människor just p.g.a. vår position som människor och inte p.g.a. några instinkter. Enligt Becker, är det grundläggande mänskliga motivet, *att*

handla utan att få ångest för att få självaktning. Jag är inte helt klar över om tyngdpunkten ligger på strävan efter självaktning eller undvikande av ångest. Jag tror Becker menar, att i början av vårt liv så är undvikande av ångest viktigast, men ju mer vi utvecklar det symboliska jaget desto viktigare blir strävan efter självaktning (se t.ex. första citatet, nästa sida). Becker talar här om *symboliskt* jag för att, vad jag förstår, skilja det från det mer rudimentära jaget och kroppsuppfattningen (se s. 103 f).

Det ingår sålunda tre huvudkomponenter i det grundläggande mänskliga motivet:

1) strävan att handla,

2) strävan mot minsta möjliga ångest,

3) strävan mot mesta möjliga självaktning.

Den första komponenten behandlades i ett tidigare avsnitt (se s. 93). De två andra huvudkomponenterna kommer jag att diskutera nedan.

6.4.4.1 Självaktning

"... the basic law of human life is the urge to self-esteem" (1971, s. 66).

Man torde kunna säga att strävan efter självaktning är det överordnade motivet för den vuxne. För att nå självaktning måste man givetvis agera på något sätt. I och med att man når självaktning så undviker man ångest.

"/Self-esteem/ is an inner selfrighteousness that arms the individual against anxiety. We must understand it, then, as a *natural systemic continuation* of the early ego efforts to handle anxiety; it is the durational extension of an effective anxiety-buffer ... The qualitive feeling of self-value is the basic predicate for human action, precisely because it epitomizes the whole development of the ego" (a.a., s. 67).

Man kan alltså undvika ångest på två sätt: 1) genom att inrikta handlingarna på det som ger självaktning och 2) genom att utnyttja försvarsmekanismerna. Becker visar också i detta citat att de tre komponenterna handling, ångest och självaktning hänger intimt samman. Självaktning är grunden till handling. När människan saknar någon form av självaktning blir hon passiv, och i extrema fall bryter hon samman i total likgiltighet (a.a., s. 75 f.).

Enligt Becker, är *depressionen sålunda en följd av att ens självaktning är undergrävd.* Förlorar en människa sitt egenvärde så förlorar hon därmed grunden att göra något med sitt liv.[33]

"If the ego is the basis for action, and if a warm feeling of self-value must pervade one's acts, then it is only a step to focusing on the really crucial dynamic of a breakdown in action, namely, the undermining of the individuals sense of self-value" (1964, s. 110).

Becker menar, att bristen på självaktning är typiskt både för den depressives tillbakadragande och den schizofrenes sammanbrott. Den depressives (och i syn-

nerhet den som utvecklar en depressiv psykos) tillbakadragande kännetecknas av svårigheter att *överhuvudtaget* handla. Den som utvecklar en schizofren psykos hamnar däremot i ett kaos av handlingar. Vid det schizofrena sammanbrottet resulterar bristande självaktning i att man ej kan *manipulera* handlingar. Bristen på självaktning får alltså skilda konsekvenser för den schizofrena personligheten jämfört med för den depressiva personligheten.

Den tidiga självaktningen som vi lär oss i barndomen är viktig ur två aspekter. Det är en grundläggande tillit som vi i stort bär med oss hela livet och detta får i sin tur konsekvenser för hur vi sedan kan tillägna oss självaktning. Under vilka omständigheter tillägnar vi oss då den första viktiga självaktningen? Vi utvecklar handlingssekvenser genom att våra handlingar blockeras, vi måste då bearbeta och styra handlingarna mot vissa mål. Men de mål som är eftersträvansvärda är helt kontrollerade av föräldrarna.

"The child, in order to keep his objects and their love, in order to keep his self-esteem and the forward momentum of his action, accepts to predicate his whole being on the vocabulary of motives learned from his parents" (a.a., s. 140).

Men dessa motiv som barnet lär sig blir med nödvändighet begränsade och då begränsade enligt föräldrarnas vokabulär. Barnet lär sig att självaktning når man om man strävar mot vissa mål med vissa medel. Problemen uppstår sedan naturligtvis när barnet upptäcker att verkligheten inte bara består av föräldrarna och deras definition av verkligheten, utan att det finns helt andra motiv som man bör/kan sträva mot.

"The child's feeling of self-value is dictated by parental recognition of what *they* consider to be a desirable self. The child's cortical controls and cognition—his ego—comes to exercise its powers in a limited range. The result is that free choice of means and ends is crippled from the start. The child invests his feeling of value uncritically in a limited range of cognitions and actions. Later, this is complicated by the addition of vocabularies of motive, which overlag the pre-perceived or sub-ceived earlier rules" (a.a., s. 218).

Denna svåra belägenhet gäller alla människor, men i synnerhet den depressiva personligheten. Grunden till att vi inte fritt kan välja de sätt på vilket vi kan nå självaktning kan sägas finnas på två nivåer. Under våra första år då vi är hjälplösa lär vi oss att våra möjligheter att nå självaktning är begränsade. Vidare är de första motiv som vi lär oss ej aktivt bearbetade och de kommer därför alltid att ha betydelse för vilken inriktning handlandet får. Motiven är inlärda under den period vi saknade ett utvecklat ego. Becker förefaller mena, att ett utvecklat ego i efterhand inte kan ta sig an motiv som inlärdes på ett stadium då detta ego inte existerade.[34]

Det som jag ovan behandlat är den begränsning och de motsättningar att nå självaktning som grundläggs under uppväxtåren. En tredje viktig aspekt är givetvis innehållet i den tidiga självaktningen. Vad grundar den sig på? Har den konsistens och kontinuitet?

"... vissa människor får mer av vad psykoanalytikern Leon J. Saul träffande har kallat 'inre uthållighet', d.v.s. en känsla av kroppsligt självförtroende inför erfarenheten, ett självförtroende som lättare lotsar personen genom livets svåra kriser och tvära personlighetsförändringar" (1975, s. 39).

Denna "inre uthållighet", d.v.s. en självaktning präglad av kontinuitet och konsistens, införlivar människan för det mesta i barndomen. Den utvecklas mest när barnet upplever trygghet samtidigt som det mottar värme och uppskattning när det utforskar sin omgivning.

"... /Kierkegaard/ vet att barnet måste skyddas mot faror och att föräldrarnas övervakande är livsviktigt, men han vill inte att föräldrarna skall påtvinga det sin egen ångest, hejda barnets handling innan det är absolut nödvändigt. Idag vet vi att endast en sådan uppfostran kan ge barnet ett självförtroende inför erfarenheten som det inte skulle få om det blev alltför starkt hämmat. Det får 'inre uthållighet' " (a.a., s. 93).

När föräldrarna överför sin egen ångest på barnen så befrämjas givetvis inte tryggheten. Är vi inte trygga försvåras möjligheterna att handla för att nå självaktning.

När Becker som här i "Dödens problem" tar upp betydelsen av grundläggande tillit torde det även implicera någon form av "trappstegsprocess" (se s. 100 f). Den skulle kunna beskrivas i följande steg:

1) kroppsligt självförtroende (integrerad kroppsuppfattning),
2) symboliskt självförtroende (integrerat jag-medvetande),
3) grundläggande tillit (integrerat kroppsligt *och* symboliskt självförtroende),
4) förmåga att nå självaktning utan ångest.

Erik H. Erikson (1965, s. 71) menar, att den grundläggande tilliten till sig själv och till världen befästs under det anala stadiet (2—3-årsåldern). Barnet utvecklar då förmågan att hålla kvar och släppa ifrån sig med urskiljning, d.v.s. att stå på egna ben.

Går vi in i vårt vuxna liv med en grundläggande tillit behöver vi inte vara lika beroende av andras uppskattning, utan vi kan lättare förlita oss på oss själva.[35] Vi kan vidare lättare utvidga det sätt på vilket vi når självaktning (1971, s. 192).

Alla människor strävar paradoxalt nog inte efter självaktning. Många vuxna människor håller fast vid förhållanden som inte alls ger dem självaktning. Det är nog viktigt att betona att Becker menar, att det då har utvecklats något som strider mot de grundläggande mänskliga motiven.[36]

Den deprimerade personen karakteriseras just av att vara låst i en situation som inte ger självaktning.

"Idag uppfattar vi den depressiv psykosen som ett nersjunkande i andra krav — kraven i familjen och på arbetsplatsen, de dagliga plikternas snäva horisont. I ett sådant nersjunkande kan individen inte känna eller uppfatta att han har alternativ, han kan inte föreställa sig någon valfrihet eller andra sätt att leva, kan inte lösgöra sig från nätverket av förpliktelser, trots att dessa förpliktelser inte längre ger honom någon känsla av självaktning, av primärt värde, av heroiskt bidrag till världen ens då han gör vad han skall i familj och på arbetsplats" (1975, s. 100).

Om den deprimerade uppfattade att hon hade andra alternativ så skulle hon (antagligen) välja de som gav mest självaktning. Men om denna person uppfattat att hon hade haft andra alternativ så hade hon inte utvecklat en depression. Vidare är det viktigt att erinra sig vad som tidigare sagts om yttre möjligheter. Det kan ju

vara så att det helt enkelt finns mycket begränsade möjligheter inom ett område (t.ex. arbetet) att nå självaktning. Det går att tolka det sistnämnda citatet som om depressionen i sig leder till ett nersjunkande i andras krav där man upplever sig sakna värde. Men en sådan tolkning får inget stöd av det Becker skriver på andra ställen. En annan tolkning kunde vara, att själva nersjunkandet i andras krav skulle vara depressionen. Den tredje tolkningen, som jag alltså finner mest trolig, är bland annat att p.g.a. andras krav kan individen inte se några alternativ och blir därigenom låst i sina förpliktelser som ger ringa självaktning. Det är sedan bristen på självaktning som är det centrala i depressionen. Men som nämndes tidigare måste det till en negativ förändring av självaktning för att en depression skall utvecklas. Har man då inte det som Becker kallat "inre uthållighet" och en betydande självaktning "att ta av" så torde riskerna för en depression vara mycket större.

Självaktningens betydelse vid en depression kan sammanfattas i tre frågor: Vad utgör det största hotet mot den depressiva personlighetens självaktning? Vad kännetecknar den depressiva personlighetens självaktning? Vad har format denna självaktning?

Frågorna hänger givetvis samman, men det kan ändå vara viktigt att försöka hålla isär dem eftersom de är aktuella vid skilda tidpunkter. För att börja med den fråga som sist blir aktuell: Det största hotet mot den depressiva personlighetens självaktning är om en negativ förändring påverkar handlingssekvenser som ger både a) en *säker* självaktning och b) en *positiv* självaktning.

Vilken typ av (total) självaktning är då mest sårbar vid en sådan förändring (d.v.s. vad kännetecknar den depressiva personlighetens självaktning)?

a) Den som baseras på *bristande grundläggande tillit.*

b) Den som är *osäker* (lätt påverkbar).

c) Den som är *svag* (bristande tro till sin egen förmåga).

d) Den som inbegriper *få yttre handlingar.*

e) Den som inbegriper *få handlingsområden* (t.ex. enbart familjelivet)..

Hur har den depressiva personlighetens självaktning grundlagts?

a) *Bristande grundläggande tillit* (vilken beror på bristande värme, kroppslig och själslig under de första levnadsåren).

b) Förhållanden i det yttre livet har *begränsat möjligheterna att själv styra sina handlingar.*

c) Förhållanden i det yttre livet har *begränsat möjligheterna till varierande handlingar.*

d) Förhållanden i det yttre livet har *begränsat möjligheterna till handlingar inom skilda områden.*

e) *Negativa återverkningar* från någon av de faktorer som kännetecknar den depressiva personlighetens självaktning till andra av dessa faktorer.

6.4.4.2 Heroism

Strävan efter självaktning syftar på vår önskan att ha ett *positivt värde*, men denna önskan är inte tillräcklig, enligt Becker. Vårt mål är att ha ett *primärt värde*.

"When the child poses the question. 'Who am I? What is the value of my life?' he is really asking something more pointed: that he be recognized as *an object of primary value* in the universe... He wants to know 'What is my contribution to world-life?' Specifically, 'Where do I rank *as a Hero?*' ... This seems to be the logical and inevitable result of the symbolic constitution of self-worth ..." (1971, s. 76).[37]

Hur relateras strävan efter självaktning och strävan efter att vara hjälte? Man kan betrakta strävan efter självaktning som en medveten önskan, medan strävan efter att vara hjälte är omedveten. En annan möjlighet, vilken hör ihop med den förra, är att se heroism som en abstraktion av självaktning, d.v.s. det är ett teoretiskt begrepp som inte har samma motsvarighet i medvetandet som självaktning (jfr. sant och falskt medvetande). Heroism kan vidare ses som en utvidgning av självaktning. Att vara hjälte är att ha *självaktning i ett obegränsat tids- och rumsperspektiv*.

"'How does the dignity, control, bearing, talent, and duty of my life contribute to the fuller development of mankind, to life in the cosmos?' Now we can see that primitive and traditional hero-systems provided a clear-cut answer to precisely this question; and we can also judge that modern society provides no easy answer, if it provides any at all" (a.a., s. 125).

Frågan om att vara hjälte blir till sin yttersta konsekvens en fråga om meningen med livet, åtminstone med *mitt* liv.

Hur blir man ett objekt som upplever sig ha primärt värde?

"The tapestry of our discussion—the four common human problems—provide indicators for action. But they provide one thing more: When an individual has answered them by behaving them, he provides himself with the one thing most necessary to man. Each individual, in every culture, most feel himself to be a locus of primary value in a world of meaning" (1964, s. 44).

Det skulle alltså räcka med att vi kan predicera våra handlingar och veta vilka som ger mest självaktning för att vi skulle uppleva oss som hjältar.

Det är ganska svårt att få klarhet i vad Becker menar när han talar om mänsklighetens fyra stora allmänna problem. Det blir en allmän formulering som inte säger något närmare om innehållet i svaren. Det är också tveksamt om nästa citat bidrar med någon förklaring till hur man blir en hjälte.

"När naturlig nacissism kombineras med det grundläggande behovet av självkänsla, uppstår en varelse som måste uppleva sig själv som ett objekt av primärt värde: främst i universum, representant för allt liv" (1975, s. 9).

Becker syftar här på barnet och med "narcissism" menar han självupptagenhet, att inte skämmas för vad man bäst behöver och önskar sig. Ett barn torde på detta sätt ha mycket lättare för att uppleva sig som en hjälte. Den vuxne behöver en världsåskådning som tar hand om den skuld vi dragit på oss under vår levnad

och som dessutom tillhandahåller de medel vi behöver för att få ett primärt värde. Psykologins uppgift i dag, menar Becker, skulle vara att tillhandahålla en sådan världsåskådning.

"Båda Rank och Kierkegaard nådde efter de mest uttömmande psykologiska undersökningar fram till samma slutsats, nämligen att psykologin i sin allra mest vidsträckta vetenskapliga beskrivning måste ge vika för 'teologin' — d.v.s. för en världsåskådning som absorberar individens konflikter och skuld och erbjuder honom möjligheten till något slags heroiskt förhärligande" (a.a., s. 228).

En stark gudstro kan spela samma roll därför att om man är guds tjänare så blir allt man gör heroiskt (1971, s. 125). Jag som individ har ingen betydelse, utan jag är bara skapad av gud för gud. Ett annat problem som också blir löst om man lägger sitt liv i en yttre, obegränsad makt är dödens problem. Dels kan det religiösa hjältesystemet utlova ett evigt liv för mig som individ och dels kan jag leva vidare genom de tjänster jag gjort den store guden.

I dagens västerländska samhälle har vi därför mycket svårare att uppleva oss som hjältar. Det religiösa hjältesystemet har i stort sett spelar ut sin roll och vi har inte fått något annat hjältesystem i stället. Detta är en av förklaringarna till varför vi går omkring med så mycket ångest idag. Ångest undviker vi bland annat genom att inrikta våra handlingar på det som ger självaktning. Denna tes borde i ändå högre grad vara giltig för självaktning i ett obegränsat tids- och rumsperspektiv.

Mentalsjukdomarna kan ses som ett misslyckande att vara hjälte, d.v.s. att vara en människa med primärt värde.

"Utifrån denna synpunkt är mentalsjukdomens problem att man inte vet vad slags heroism man sysslar med eller — då man väl får veta det — hur man skall bredda sin heroism för att komma ur dess invalidiserande trånghet" (1975, s. 289).

Den deprimerade kännetecknas av att hon misslyckas med sin hjälteroll. Hon blir medveten om att hon saknar ett primärt värde och hon har ingen gud hon kan förlita sig på.

"När genomsnittsmänniskan inte längre övertygande kan utföra sitt trygga hjältedåd eller inte längre kan dölja misslyckandet med att vara sin egen hjälte, då fastnar hon i depressionens misslyckande och dess fruktansvärda skuldmedvetenhet" (a.a., s. 247).

Här framskymtar antagligen en viktig poäng och som delvis förklarar det till synes något motsägande i Beckers framställning om heroismen. Man kan vara en hjälte för sig själv. Man tror då att det trygga liv man för har ett primärt värde. Man har, som Becker uttrycker det, genom handling besvarat mänskligheten fyra allmänna problem. Men en "riktig" hjälte kan man bara vara i förhållande till en makt som man uppfattar täcker hela kosmos, d.v.s. som tillfredsställer behovet av självaktning i ett obegränsat tids- och rumsperspektiv.

6.4.4.3 Handlande utan ångest

Om självaktning var det grundläggande positiva motivet så kan strävan att undvika ångest sägas vara det grundläggande negativa motivet. Dessa motiv står vidare i en viss motsättning till varandra, vilket jag kommer att behandla sist i detta avsnitt.

Enligt Becker handlar hela den psykoanalytiska teorin om hur barnet försöker kontrollera sin ångest (1971, s. 43).

"Technically speaking, then, anxiety for the child is a function of the loss of his object-world" (a.a., s. 42).

Denna rädsla att förlora de objekt som omger barnet är till att börja med i hög grad kroppsligt förankrat. Det är oron att förlora det som tillfredsställer barnets primära behov; "utan mamma och pappa ingen mat".

Till barnets grundläggande ångest för objektförlust kommer oron som följer av att barnet utvecklar ett symboliskt jag. "Vem är jag?" "Hur blir *jag* omtyckt?"

"Anxiety is based on the child's helplessness, but this is not a helplessness in the face of instincts in its own id, but in the child's life situation and in his social world. . . The main anxieties of the child are frankly existential from the beginning, and his sexual preoccupations reflect deep and vital questions about the mystery of life and death" (a.a., s. 48 ff.).

Frågan är om Becker menar, att barnet innan det har något jag-medvetande kan uppleva ångest p.g.a. sin existentiella situation. Om man ser till den övriga texten förefaller det osannolikt. Jag tror därför, att han syftar på barnet under hela utvecklingsperioden och att "beginning" snarare står för "grundläggande". Det kan också vara så att Becker helt enkelt har överfört ett allmänt mänskligt problem till "hela" mänskligheten utan att beakta jag-utvecklingen.

Den vuxne personens ångest gäller inte så mycket rädslan för objektförlust, utan har mer att göra med rädslan att misslyckas i sitt agerande.

"The child's early fear of object-loss has been skillfully transmitted by his training into the adult's fear of wrong action" (1964, s. 33).

Barnet är hänvisad i hög grad till de vuxnas handlingar, medan den vuxne själv är hänvisad till sina egna handlingar. P.g.a. ett utvecklat ego kan den vuxne erinra sig tidigare misstag och oroa sig för framtida misslyckanden. Ego kan sägas vara både upphovet till ångest och det som kan kontrollera ångest. En av egos funktioner, att vänta med ett svar, är endast möjligt när det kan kontrollera ångesten (1971, s. 18). Därigenom kan ego utvecklas först när det har kontroll över ångesten. Som tidigare nämnts är försvarsmekanismerna det ena sättet att undvika ångest. Det andra sättet är att inrikta sina handlingar på det som ger mest självaktning.

Ego är uppbyggd av språket. Det är därför viktigt att vi kan verbalisera det som omger oss. Vi måste helt enkelt kunna behärska medlet (d.v.s. språket) med vilket vi kan kontrollera ångesten.

"The fewer situations the individual can verbalize, the more the anxiety. The schizophrenic who has the fewest-as-action-possibility has the most anxiety. The depressed person, on the other hand, has objects, but the rules are so inextricably entwined with the concrete object that there is no backing away from them, no grip on them for critical review, no symbolic dexterity possible" (1964, s. 179).[38]

Det är just för att undvika ångest som den deprimerade personen både språkligt och handlingsmässigt låser sig så hårt fast vid objekten. När den deprimerade personligheten hamnar i en situation där det krävs en symbolisk smidighet klarar hon ofta inte av detta. Förmågan att verbalisera tillvaron innebär, enligt Becker, att kunna sätta in den i medel-målsekvenser, d.v.s. att kunna förutse kommande handlingar. Har man svårt att förutse kommande handlingar så får man därigenom svårt att agera. Handling är ju i sin tur nödvändig för att vi skall nå självaktning.

"Man builds a symbolic world on a foundation of anxiety-proneness, on a fear of object-loss. In order to act he must learn answers to the four common human problems; and it is these answers which in most cases bind him for ever to a narrow range of vision" (a.a., s. 202).

Becker syftar i denna sats på alla människor, men jag tror man kan tolka den som främst en beskrivning av den deprimerade personlighetens bakgrund. Den deprimerade personligheten skulle vara mer rädd för ångest och försöker därför finna säkra svar på mänsklighetens fyra allmänna problem och därigenom begränsa svarens mångfald. En anledning till att den deprimerade personligheten mer än andra försöker undvika ångest är att hon under uppväxten inte varit trygg; hon har varit rädd för objektförlust.

Till sist skall jag beröra relationen självaktning – ångest något ytterligare. I Beckers texter framskymtar vad som kan karakteriseras som ett balansproblem (man kan kanske också benämna det dialektiskt) mellan ångest och självaktning. Är vi alltför energiska att undvika ångest reducerar vi möjligheterna att nå självaktning. Men om vi å andra sidan låter alla tänkbara möjligheter genomtränga oss för att få mesta möjliga självaktning så kan vi ej kontrollera omgivningen och får därigenom ångest. Upplever vi ångest så har vi därigenom svårt att kontrollera omgivningen och en viss kontroll av omgivningen är nödvändig för att vi skall erhålla självaktning. Den bästa lösningen torde därför vara att vi lär oss tolerera en måttlig dos ångest ("en liten dos av Eros och en behaglig Agape", 1975, s. 204).

Sammanfattande schema:

	Den deprimerade personen	*Den schizofrene personen*
a) Vår ontologiska position som människa	För mycket Agape (d.v.s. vilja att foga sig)	För mycket Eros (d.v.s. vilja att bejaka sig)
b) Kulturen – Samhället	Samhället förespråkar att handlingarna är knutna till få objekt	Kulturen tillhandahåller alltför många handlingar
c) Objekt	Ingår i få betydelsefulla relationer	Ingår i få betydelsefulla relationer

	Finner alltför mycket säkerhet i sina relationer	Finner alltför lite säkerhet i sina relationer
d) Yttre handlingar	Tillgång till få yttre handlingar	Prövar många yttre handlingar
	Alltför stark kontroll av de yttre handlingarna	Alltför lite kontroll av de yttre handlingarna
e) Ego	Ej ego-stark (ego kan handskas med få beteenden)	Svagt utvecklat ego (ego kan handskas dåligt med beteenden)
f) Handlingssekvenser	Tillgång till få handlingssekvenser	Tillgång till många ordlekar och diffusa handlingssekvenser
	Alltför stark kontroll av handlingssekvenserna	Alltför svag kontroll av handlingssekvenserna
g) Mänskliga motiv	Strävan mot minsta möjliga ångest	Strävan mot mesta möjliga självaktning

6.5 Doing-Undergoing

Innan jag behandlar begreppsparet "doing – undergoing" borde jag möjligen tagit upp en utförligare diskussion om förhållandet mellan den psykiska och sociala verkligheten. Enligt Becker är vårt medvetande en social produkt, men samtidigt utgår vår tolkning av det sociala livet från vårt medvetande. Det viktiga är att man inte kan behandla någon av dessa två processer (det sociala livet och medvetandet) isolerat från varandra. Becker menar dock, att det är mer praktiskt att utgå från den yttre polen. I och med att han talar om en inre och en yttre pol så implicerar detta att det inte finns någon klar gräns mellan det inre och det yttre livet.[39] Jag diskuterar problemet även i samband med de huvudbegrepp jag valt att utgå ifrån (s. 143).

Begreppsparet "doing–undergoing" handlar just om förhållandet mellan det yttre livet och medvetandet. "Doing" syftar på det yttre livet och "undergoing" på det mentala livet. Man kan också säga att "undergoing" är inre aktivitet och "doing" är yttre aktivitet. "Doing" syftar emellertid inte på all aktivitet, utan inskränker sig till sådan aktivitet där vi tvingas till "delay, frustration, or set-back" (1964, s. 23). Det är med andra ord yttre aktivitet där vi behöver utnyttja ego. W. Lafferty (1975, s. 18–19, 1976, s. 60) ser "doing" respektive "undergoing" som två olika sätt att möta verkligheten vilka jag uppfattar är jämförbara med Piagets begreppspar assimilation – ackomodation. "Doing" (jfr. ackomodation) representerar för Lafferty den aktiva komponenten där organismen testar sin makt i konflikt med omgivningen, medan "undergoing" (jfr. assimilation) står för den passiva komponenten där organismen utgår från sig själv och integrerar omvärlden. Den distinktion jag gör mellan begreppen är snarare fråga om det uttryck den aktiva komponenten respektive den passiva komponenten får.[40]

"The 'great soul' seems to be one who has achieved both a richness of experience and a flexibility in action: an apt proportion of the receptivity to undergo and the power to manipulate" (a.a., s. 42).

Det ideala tillståndet är alltså när man både har en stor mängd bearbetade erfarenheter och förmåga att agera flexibelt. Men poängen med Beckers distinktion mellan "doing" och "undergoing" gäller balansen mellan den yttre och inre aktiviteten. För mycket "doing" innebär för lite "undergoing" och omvänt.

". . . the lack of power to manipulate results in a relatively empty organism—a 'poorly funded' one. Too much receptivety, inability to organize experience and perception, leads to an empty organism" (a.a., s. 43).

Vi kan inte organisera våra intryck om vi är för aktiva eller om vi är för inaktiva. Det sistnämnda innebär helt enkelt att vi inte har tillräckligt med intryck att organisera. Organiserade intryck är detsamma som handlingssekvenser. För att initiera handling fordas att vi har tillgång till handlingssekvenser.

Becker hävdar emellertid, att det är ytterst få människor som lyckas balansera dessa två aktiviteter och som dessutom behärskar dessa. Vi tenderar i stället att leva endera i den yttre världen eller i den inre världen.

"People can be roughle divided, then, into those who tend toward living in the external world of person-objects, and those who tend to live in the internal world of fantasy-objects" (a.a., s. 58).

Eftersom de som inriktar sig på det inre livet inte kommer att erfara de sociala objekten särdeles mycket så tar de och skapar fantasiobjekt i stället. "Att erfara de sociala objekten" täcker många kvalitativa aspekter (flexibilitet, kontroll etc.), men har även en kvantitativ dimension.

" 'Doing' organisms and 'undergoing' organisms live in different kinds of worlds, with different kinds and numbers of objects" (a.a., s. 25).

Hur kommer det sig att det så lätt uppstår obalans mellan "doing" och "undergoing"?

"The organism that continually finds gratification without delay, frustration, or set-back moves ahead without sufficient registering of experience. It doesn't relate its experience to an assessment of its own powers" (a.a., s. 23).

Detta kan sägas vara en beskrivning av det bortskämda barnet. En person som får allt vad hon önskar sig och som inte behöver utforska världen får aldrig klart för sig begränsningarna av sin makt. Någon som har denna bakgrund får ett svagt utvecklat ego. Det är alltså p.g.a. ego som vi kan organisera våra intryck i handlingssekvenser. Men om man å andra sidan upplever för mycket frustration i den yttre världen så vänder man sig inåt för att nå tillfredsställelse (a.a., s. 32), vilket också resulterar i att man utvecklar ett svagt ego. Det är alltså två helt motsatta tillstånd i den yttre verkligheten som innebär att vi utvecklar ett svagt ego. En viktig ego-egenskap, förmågan att abstrahera, är i hög grad beroende av att vi har tillgång till yttre handlingar (a.a., s. 87). Förmågan att abstrahera hänger samman

med att kunna klassificera objekt efter dess användningsområde. Har man då bristande erfarenhet av egna handlingar i förhållande till objekten resulterar detta givetvis i svårigheter att klassificera. Man kan också som Piaget säga att fantasi egentligen är brist på sammanhang, vilket sålunda utmärker den som främst är inriktad på "undergoing". Bakom denna brist ligger den mer grundläggande bristen på förmågan att överhuvudtaget uppfatta sig själv som en handlande varelse bland andra sådana (Berg, 1976, s. 133).

Barn och schizofrena karakteriseras främst av "undergoing", menar Becker.

"The child, like the schizophrenic, is an 'undergoing' organism predominantly, rather than a 'doing' one. For neither one has the past become, in Dewey's words, a 'storehouse of resources' which can be brought to bear on the present" (a.a., s. 86).

Det kan vara svårt att riktigt förstå Beckers resonemang här, d.v.s. att barnet främst skulle vara en "undergoing organism". Barnet har ju ett svagt utvecklat ego och lever därför mera i nuet, vilket borde implicera mer "doing" än "undergoing". Men i och med att barnet har ett svagt ego så innebär det samtidigt att den yttre aktiviteten blir mer flytande, d.v.s. den yttre aktiviteten går ej ut på att pröva sina egna resurser ("doing"). Barnet har ej hunnit erfara så mycket och kompenserar sin bristande kontroll av omgivningen genom att skapa fantasiobjekt. Osäkerheten i tolkningen tror jag är en följd av att Becker innefattar både "skapande av fantasiobjekt" och "bearbetande av erfarenheter" i "undergoing", medan "doing" enbart förutsätter att man har "bearbetade erfarenheter".

Becker menar, att psykopaten befinner sig på den andra extremen av kontinuiet "doing—undergoing". Den människa som karakteriseras som psykopat är främst inriktad på yttre aktiviteter och får som följd ett svagt utvecklat ego (a.a., s. 102). Psykopater har ett dåligt utvecklat ego eftersom de har haft möjlighet att handla utan något yttre motstånd. Han har ej behövt stanna upp och relatera en ny erfarenhet till gamla erfarenheter (se t.ex. det bortskämda barnet).[41] Den avgörande skillnaden mellan den schizofrene och psykopaten är att den senare har blivit för lite frustrerad i sin aktivitet mot att den schizofrene har blivit alltför frustrerad. Utifrån denna diskussion drar Becker slutsatsen, att idealet är frustration med "middle intensity" (a.a., s. 103).

Becker relaterar aldrig depression till "doing" och "undergoing". Men man kan ändå dra några slutsatser med hjälp av vad som sagts i andra sammanhang. Den deprimerade personen behärskar ett fåtal handlingar mycket väl. Det tolkar jag, som om det råder en någorlunda balans mellan "doing" och "undergoing", men att båda dessa kapaciteter är begränsade. Den deprimerade personen befinner sig längst bort från "the great soul" som har både en rik erfarenhet och tillgång till många handlingar.

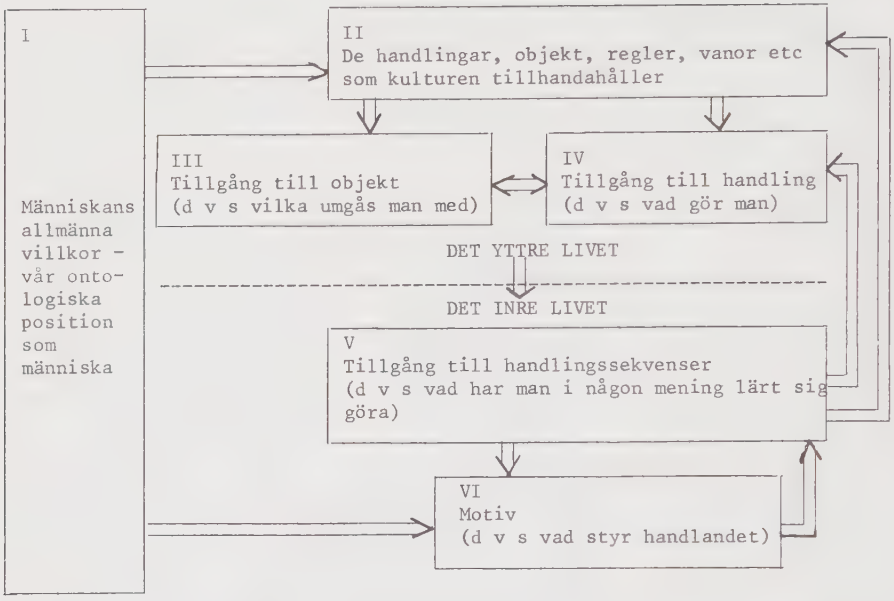
Hur kan den deprimerade personligheten ha hamnat i den antagna positionen? Både för mycket "doing" och för mycket "undergoing" resulterar i få handlingssekvenser. Man kan anta, att den deprimerade personlighetens liv tidigare präglats av att hon inom vissa områden tvingats inrikta sig på för mycket "undergoing". Hon kan t.ex. ofta ha blivit mycket frustrerad i sina försök att styra handlingarna i

kamratkretsen, medan t.ex. själva skolarbetet kan ha flutit utan några större problem. En annan tänkbar bakgrund, som ej motsäger den ovan skisserade, är att hon inom ett begränsat handlingsområde funnit en någorlunda balans mellan "doing" och "undergoing". Exemplet som ligger närmast till hands är den som under uppväxten nästan enbart levt för och med föräldrarna. Hon ges inte möjlighet eller tvingas ej söka sig ut att pröva sina egna resurser utanför familjen, däremot lär hon sig ganska väl att hantera handlingarna (d.v.s. balans mellan "doing" och "undergoing") inom familjen.

Sammanfattande schema:

	Den deprimerade personen	*Den schizofrene personen*
a) Vår ontologiska position som människa	För mycket Agape (d.v.s. vilja att foga sig)	För mycket Eros (d.v.s. vilja att bejaka sig)
b) Kulturen – Samhället	Samhället förespråkar att handlingarna är knutna till få objekt	Kulturen tillhandahåller alltför många handlingar
c) Objekt	Ingår i få betydelsefulla relationer	Ingår i få betydelsefulla relationer
	Finner alltför mycket säkerhet i sina relationer	Finner alltför lite säkerhet i sina relationer
d) Yttre handlingar	Tillgång till få yttre handlingar	Prövar många yttre handlingar
	Alltför stark kontroll av de yttre handlingarna	Alltför lite kontroll av de yttre handlingarna
e) Ego	Ej ego-stark (ego kan handskas med få beteenden)	Svagt utvecklat ego (ego kan handskas dåligt med beteenden)
f) Handlingssekvenser	Tillgång till få handlingssekvenser	Tillgång till många ordlekar och diffusa handlingssekvenser
	Alltför stark kontroll av handlingssekvenserna	Alltför svag kontroll av handlingssekvenserna
g) Mänskliga motiv	Strävan mot minsta möjliga ångest	Strävan mot mesta möjliga självaktning
h) Doing – Undergoing	Både begränsad yttre och inre aktivitet	För mycket inre aktivitet på bekostnad av yttre aktivitet

6.6 Sammanfattning av teorin



Jag kommer i den fortsatta analysen enbart att koncentrera mig på några av de dimensioner som finns i den sammanfattande modell jag gjort utifrån Beckers teori. Ett syfte med modellen är att visa att dessa dimensioner (eller nivåer) hänger samman med andra. Man kunde givetvis plocka in fler boxar och pilar i denna sammanfattande modell, men jag har valt att förenkla den så långt som möjligt. Vidare bör jag påpeka att pilarna inte står för några enkla kausala samband. Man kan säga att de antyder vilka faktorer som mest hör samman.

"Causality, as we know, is not a simple matter in nature: objects and events hang together in complex interrelationships, and if we try to isolate one specific relationship we must leave out a lot of other important influences... We attribute cause partly depending on where *we can intervene* in any system" (1964, s. 16).

Becker menar dessutom att ett försök att göra kausala analyser när det gäller *mänskliga* fenomen än mindre låter sig göras (a.a., s. 210).

Om vi då ser till Beckers teori om depressioner så torde den tidigare gjorda allmänna presentationen givit vid handen att det finns vissa centrala teser. Den övergripande hypotesen kan formuleras som:

att vid en yttre förändring som hotar ens självaktning är största risken för en depression om man har få handlingssekvenser och om man samtidigt är mycket bunden vid dessa sekvenser.[42]

Med "hot mot ens självaktning" menas främst en förväntan att förlora något av den självaktning man har. Man kan knappast säga något om hur mycket

någon självaktning är. Det måste givetvis relateras till individen och situationen. Ett annat problem här är att jag talar om *förväntan*, men jag tror man *också* måste inbegripa en faktisk negativ förändring av självaktningen. Frågan är egentligen vad Becker menar en depression vara. Jag finner att Becker använder beteckningen depression vid följande tre olika tillstånd:

1) Rädslan att förlora självaktning.

2) Den process som reducerar självaktningen.

3) Resultatet av den process som reducerat självaktningen.

De som har en låg självaktning har ett sämre utgångsläge än de med hög självaktning. Det behöver dock inte bara vara fråga om fruktan att förlora något som bygger upp en *positiv* bild av en själv, utan det kan även vara fruktan att förlora det som ger en *säker* självaktning. Man kan därför modifiera de tidigare satserna genom att säga, att *det sämsta utgångsläget vid en yttre förändring som hotar (reducerar, har reducerat) ens självaktning, har de som både har osäker och låg självaktning*. Vidare är risken större för en depression om den yttre förändringen berör något som ger både en säker och hög självaktning. Det framgår däremot inte av Becker vad som är viktigast i samband med en depression, förlust av säker självaktning eller förlust av hög självaktning. Men frågan är säkert omöjlig att besvara generellt, utan det har att göra med hur den totala självbilden är sammansatt.

Becker menar, vad jag förstår, att få handlingssekvenser *tillsammans* med att man är låst vid dessa handlingssekvenser utgör en mycket större risk än något av dessa tillstånd var för sig. Det är tveksamt om det överhuvudtaget är relevant att diskutera denna fråga utifrån Beckers teori, eftersom de båda faktorerna hänger så intimt samman. Beckers framställning implicerar nämligen följande hypoteser:

(1a) Har man få handlingssekvenser så lär man sig behärska dessa mycket bra.

(1b) Har man lärt sig behärska handlingssekvenser mycket bra så lär man sig få (nya) handlingssekvenser.

(2a) Har man många handlingssekvenser så lär man sig behärska dessa mycket dåligt.

(2b) Har man lärt sig handlingssekvenserna mycket dåligt så lär man sig många handlingssekvenser.[43]

Om man är mycket bunden till handlingssekvenserna så utgör detta en negativ betingelse vid en förändring som hotar ens självaktning. För att få teorin att hänga ihop kan följande hypotes formuleras:

(3) Om man behärskar handlingssekvenserna mycket bra så blir man lättare mycket bunden vid dessa sekvenser.

Det framstår som relativt oproblematiskt att det är viktigt med många handlingssekvenser när det inträffar något allvarligt i ens liv, men varför är det negativt att

vara mycket bunden vid handlingssekvenser? Som svar på den frågan får vi formulera ytterligare två hypoteser:

(4) Är man mycket bunden vid handlingssekvenserna så är det svårare att vid en ny situation där dessa handlingar inte längre bidrar till självaktningen tänka sig andra handlingar.[44]

(5) Behärskar man handlingssekvenserna mycket dåligt eller mycket bra så är det svårare att vid en ny situation kritiskt granska alternativen för att därigenom kunna ändra på dessa.

De två sistnämnda hypoteserna implicerar i sin tur fler hypoteser. Vidare måste sägas att risken för en depression givetvis är större om den berör viktiga och/eller många handlingssekvenser (viktiga i förhållande till självaktningen) och om man dessutom är mycket bunden till dessa (d.v.s. de inger stor säkerhet).

Det är alltså viktigt att inte vara fixerad vid vissa handlingssekvenser för att man skall kunna inta en ny hållning när situationen förändras. Men samtidigt måste man ha vissa riktlinjer att utgå ifrån (d.v.s. ha vissa säkra handlingssekvenser) vid en förändrad situation för att inte riskera att hamna i kaos och få ångest. De två förstnämnda hypoteserna pekar mot två negativa spiraler som leder till extremerna: 1) Få handlingssekvenser som man behärskar mycket bra och 2) många handlingssekvenser som man behärskar mycket dåligt. Den första extremen kännetecknar alltså den deprimerade personen och den andra extremen är kännetecknande för den schizofrene.[45] Nu är den ovan förda diskussionen synnerligen förenklad eftersom man också måste ta hänsyn till a) variationen i handlingssekvenserna (t.ex. en del behärskar man bra, andra dåligt), b) vilka handlingssekvenser som berörs av den förändrade självaktningen och c) andra faktorer (t.ex. kulturella förväntningar och de begränsningar som är en följd av den yttre verkligheten).

Om vi ser till den andra punkten så finns det några relationer som ej finns uttalade i Beckers teori, men som torde ha betydelse för om man utvecklar en depression. Förmågan att behärska handlingssekvenser borde även ha att göra med den tilltro man har till sig själv, d.v.s. den självaktning man har. Vid en depression har ofta handlingssekvenser gått förlorade som man behärskat bra och som har inneburit en positiv eller säker självaktning. Är man då *medveten* om att man behärskar få handlingssekvenser som ger självaktning måste den inre förödelsen bli desto större. Frågan är dock om man kan vara medveten om denna process när man behärskar få handlingssekvenser. Få handlingssekvenser innebär ju även att man har svårt att kritiskt granska sig själv.

Andra faktorer som man också måste ta hänsyn till i samspelet mellan att behärska och antalet handlingssekvenser är t.ex. språket. Det är i detta sammanhang viktigt att skilja det inre språket (tänkandet) från det yttre språket. Vi formulerar handlingssekvenserna med hjälp av det inre språket. Vi lär oss också behärska handlingssekvenserna genom att göra språkliga bestämningar. Det senare innebär att det inte är tillräckligt med ett stort ordförråd (se t.ex. den schizo-

frenes "ord-lekar") utan vi måste även kunna använda språket för att abstrahera, d.v.s. binda samman ord enligt någon princip. Vi utvecklar språket i båda dessa avseenden endast om vi får möjlighet att använda det yttre språket. Vi kan alltså inte utveckla språket om handlingssekvenserna är begränsade och fixerade.

Nedan sammanfattar jag i åtta punkter de faktorer som torde ha störst betydelse i samband med en depression. Det måste understrykas att faktorerna presenteras utan någon inbördes rangordning och att de hänger intimt samman.[46] Den betydelse varje enskild faktor får bestäms sålunda av innehållet i de övriga faktorerna och hur de förhåller sig till varandra. "Negativ förändring" är också ett relativt begrepp och står för a) rädslan att förlora självaktning, b) den process som reducerar självaktningen och c) resultatet av den process som reducerat självaktningen.

Följande faktorer ökar risken för att man ska bli deprimerad när det inträffar en negativ förändring i våra liv:

(1) Låg självaktning.

(2) En negativ förändring som berör handlingssekvenser som ger en säker och/eller hög självaktning.

(3) Få handlingssekvenser som man kontrollerar alltför väl (d.v.s. man är mycket bunden vid vissa lösningar på tänkbara beteenden).

(4) Man utför få handlingar som man själv upplever sig styra.

(5) De handlingar man utför är alltför låsta i vissa mönster.

(6) Man ingår i få betydelsefulla sociala relationer.

(7) Det samhälle man lever i försvårar möjligheterna till varierande handlingar och/eller handlingar som man själv kan styra.

(8) Samhället förändras snabbt (gäller främst vilka mål som betraktas som eftersträvansvärda).

Noter

[1] Ernest Becker (1924–1974) var professor i politik, sociologi och antropologi vid Simon Fraser-universitetet i Canada. Becker tog sin doktorsgrad i kulturantropologi vid universitetet i Syracusa och undervisade vidare vid Berkeley och San Francisco State College.

[2] Jag använder inte uttrycken "enligt Becker, menar Becker, hävdar Becker" etc. med någon större konsekvens. Jag använder dock dessa uttryck i första hand när jag formulerar om Beckers teser.

[3] Becker gör ingen skillnad mellan t.ex. endogen och exogen depression. Skälet är helt enkelt att han menar, att samtliga depressioner grundar sig på interpersonella förhållanden. Han gör endast en gradskillnad mellan olika depressioner där psykosen utgör den allvarligaste typen (den depressiva personens problem har accentuerats mest). Jag tror däremot inte man kan hävda att psykogenetiska betingelser saknar betydelse (jag ansluter mig i princip till kontinuitetshypotesen, se s. 12). Samtidigt tror jag att de som får s.k. endogena depressioner i högre grad uppvisar de personlighetsdrag som kännetecknar den depressiva personligheten.

[4] Se t.ex. Pauline Bart, The Sociology of Depression; Explorations in Psychiatric Sociology, ed.

P. Roman & H. Trice. Jag behandlar Barts resultat i diskussionen om varför kvinnor utgör en så hög andel av samtliga depressioner, se s. 34.

[5] Vi finner en motsvarighet till Beckers beskrivning av Eros-motivet respektive Agape-motivet i två utvecklingsmönster som är viktiga under det femte stadiet i Piagets system. "Det ena mönstret är följande: Jag behöver utvecklas, utforska min omgivning. Det andra mönstret är följande: Jag behöver struktur, vanor, upprepningar, ritual, gränser – annars blir världen alltför oöverskådlig." (Bratt, 1975, s. 95.)

[6] Jag finner Beckers diskussion här mycket svårtolkad. På vilket sätt tillfredsställer det skapande geniet både Eros och Agape? En tolkning är att i själva skapandet ger geniet uttryck för Eros, men skapelsen resulterar i ett objekt som kan leva vidare vilket inte är möjligt för geniet. Det skulle då vara själva *frammanandet* av denna hopplösa belägenhet som är uttryck för Agape. Genom sin skapelse försöker geniet övervinna döden genom att kvalificera sig för odödligheten (1975, s. 133). Freud är ett exempel på ett geni som med hjälp av den psykoanalytiska rörelsen försökte göra sig odödlig.

[7] Jag uppfattar att Becker gör ungefär samma koppling mellan kultur och individ som Erik H. Erikson, d.v.s. en struktur relativt bestämd av människorna för vissa syften, i synnerhet interpersonella motiv. "Vi börjar åtminstone förstå att enhetliga kulturer på ett systematiskt sätt ger belöningar, i form av högre inspiration och högt anseende, åt just de uppoffringar och besvikelser som barnet får utstå medan det blir snällt och starkt" (Erikson, 1965, s. 133). Uppfostran kan sägas vara beroende av vad som bäst ger självaktning i den aktuella kulturen, åtminstone i en enhetlig kultur.

[8] Becker använder ibland ett funktionalistiskt *språk*, t.ex. "one crucial function of culture *is to make . . .*" (min kurs.). Men jag tror knappast Becker försöker hävda, att kulturen "finns till för att" göra kontinuerlig självaktning möjlig. Kulturen är bestämd av människorna och kulturen påverkar människorna. Även om man nu bedömer att Becker har en funktionalistisk *förklarings*modell så finner jag inte att detta har någon större betydelse för mitt syfte.

[9] "The four common human problems" har egentligen en mer sammansatt innebörd än "hur man når självaktning utan ångest". Jag diskuterar detta problem på s. 109 f.

[10] Det ligger nära till hands att jämställa signifikanta andra och människor som man är beroende av. Frågan är om detta är en cirkeldefinition eller ett empiriskt samband. Jag tror man kan hävda, att det är ett empiriskt samband eftersom betydelsefulla (signifikanta) relationer *i första hand* bestäms av den relativa betydelsen för *självaktningen,* medan relationer man är beroende av *i första hand* bestäms av den relativa betydelsen för *undvikande av ångest.*

[11] T.ex. Munro, 1966; Lin, 1953; Woodruff m.fl., 1971. Ödegård, 1961, har belyst problemet något mer utförligt än de ovan nämnda. Han fann att de depressiva var överrepresenterade i vissa marginella grupper såsom sjömän, lantarbetar- och restaurangpersonal. Ödegård drar slutsatsen att "the *type* of activity is more important than the social level within each trade". I den svenska låginkomstutredningen fann man dock en markant överrepresentation i socialgrupp III av personer som sade sig varit deprimerade (Johansson, 1970).

[12] En undersökning som kan visa på förhållandet är Cohen, Fromm-Reichman m.fl:s (1954) intensivstudie av tolv manisk-depressiva. De fann bland annat att de flesta av familjerna i vilka de depressiva växte upp kunde sägas vara sociala isolat i sitt samhälle.

[13] Man har ej funnit att judarna i sin ursprungsmiljö skiljer sig från andra grupper när det gäller depressioner om man tar hänsyn till sociokulturella och demografiska variabler. Gershon, E.S. & Liebowitz, J.H. (1975, s. 37–50).

[14] Med utgångspunkt från enbart detta resonemang skulle kvinnornas höga andel depressioner kunna bero på att de är för inriktade på "the Social level". Man kunde även t.ex. anta, att de många självmorden i samband med börskraschen 1929 hade sin grund i att man var för mycket inriktad på "the Secular level".

[15] De teser som Becker här för fram har flera likheter med den inlärningspsykologiska teori som begreppet inlärd hjälplöshet grundar sig på (se s. 15 f).

[16] L.-E. Berg framhåller i sin tolkning av Mead också betydelsen av att handlingarna blockeras för att vi skall utveckla ett jag-medvetande; "att medvetandet om individens handling inträder endast om någon extern faktor inträder och blockerar handlingens utförande" (1976, s. 27). I Meads teori relateras dock inte handlingarna till några grundläggande behov (Perls) eller grundläggande motiv (Becker).

[17] Perris och Espvall har på ett svenskt material just studerat depressioner hos människor som kan sägas ha lyckats i livet. Resultaten tycks stödja Beckers båda teser: (1) De var skygga och re-

serverade vilket kan tyda på att deras liv hade lite handlingsförankring, (2) de hade ett starkt mindervärdighetskomplex (jämför brist på grundläggande tillit). Perris, C. & Espvall, M. (1973, s. 346).

[18] Becker nämner att Harold Searles visat hur hämnden och hatet är ett sätt att behålla objektet. Man har förlorat ett objekt, men fortsätter att agera som om objektet fortfarande var tillgängligt.

[19] Erving Goffman har utvecklat frågan om hur vi bygger upp vårt "self" i t.ex. "The Presentation of Self in Everyday Life", 1959.

[20] Att det ej handlar så mycket om att ha ett rikt ordförråd som att kunna använda språket finner stöd i en amerikansk undersökning. Den allmänna tendensen var "that the depressives scored in the normal range in the vocabulary subscale while they were significantly lower (.01) then normals in abstraction scores"... (s. 458). Ett intressant delresultat var att abstraktionsförmågan ökade med ökad depression, men detta motsägelsefulla resultat kunde tillskrivas en begränsad grupp mycket intelligenta individer som också var mycket deprimerade. Braff, D.L., Beck, A.T. (1974, s. 456–459). Resultatet kan jämföras med diskussionen om varför socialt och vetenskapligt framgångsrika människor utvecklar depressioner (se s. 98).

[21] Becker använder här inte överföring i den traditionella betydelsen, d.v.s. inte som en beskrivning av patient — terapeut-förhållandet under en analys.

[22] Den sistnämnda tolkningen sammanfaller med ett begrepp i "Revolution in Psychiatry" som Becker kallar "sentiment".

"A sentiment would contain one more of the following: (1) Thought-feelings regarding what has been, is, and can be—the reality aspect. (2) Thought-feelings regarding what ought to be—the value aspect. (3) Thought-feelings regarding what is wanted—the desire aspect" (s. 154).

Det han kallar realitetsaspekten skulle närmast motsvara "meaning" och de övriga två aspekterna har att göra med det som behandlas under rubriken "De mänskliga motiven". Jag uppfattar dock inte begreppet sentiment som särdeles fruktbart och Becker själv lämnar relativt snart detta begrepp åt sitt öde.

[23] Förlust av objekt innebär dock inte alltid förlust av handlingssekvenser. I avsnittet om beteenderepertoarer (s. 98 f) nämndes att objektet inte behövde vara närvarande i det yttre livet för att vi skall ha handlingssekvenser där objektet ifråga ingår. Jag poängterade att förutsättningen var, att det en gång funnits objekt som vi agerat mot för att substantiella handlingssekvenser skall kunna utvecklas. Vad kan då antas bestämma vilken betydelse en objektförlust har för förlust av handlingssekvenser? Det viktigaste tror jag är handlingssekvensens abstraktionsgrad och hur många handlingar som är beroende av objektet. En objektförlust skulle alltså få minst konsekvenser i form av förlust av handlingssekvenser om objektet ingår i få yttre handlingar och de bildade handlingssekvenserna har en hög abstraktionsgrad (d.v.s. flera olika objekt kan bilda en viss handlingssekvens).

[24] I det här citatet får självaktning en mer social förankring (jfr. not 35) än på andra ställen hos Becker. Om man gör en snäv tolkning så förefaller nästan förlust av självaktning, handlingsförlust och objektförlust att ligga på samma nivå (vad nu samma nivå är). Nu får man ju vara mycket försiktig med kausala antaganden när det gäller Becker, men jag fattar honom så att förlust av "meaning" leder till förlust av självaktning (se modellen s. 130). Jag tror inte, att det är Beckers avsikt att här visa hur dessa faktorer hänger ihop, bara att de i högsta grad hänger ihop.

[25] Jag uppfattar, att det finns vissa väsentliga skillnader i Beckers och Sechehayes sätt att tolka Renées tillfrisknande. Sechehaye betonar betydelsen av att Renée åter fick gå igenom de första stadierna i utvecklingen, samt att hon i symbolisk form fick bearbeta traumatiska händelser i barndomen. I enlighet med traditionell utvecklingsteori (psykodynamisk och Piaget) så antar hon att vissa stadier i vårt liv är nödvändiga att genomleva för att vi skall klara av vårt kommande liv (t.ex. s. 116 ff). Detta tillsammans med att hon betonar vikten av att bearbeta tidiga besvikelser, visar att Sechehaye *främst* är inriktad på *innehållet* i erfarenheterna. Becker däremot är *främst* inriktad på den *process* som format erfarenheterna. Han kunde hävda, att det mer eller mindre saknade betydelse vad Renée gjorde (att hon t.ex. liksom "mamma" kunde sköta om dockor), utan det viktiga var att Renée erfor att hon behärskade något utanför sig själv. Skillnaden mellan Sechehaye och Becker är dock inte självklar om man beaktar den betydelse Becker ger traumata (se s. 102). Vissa tidigare specifika händelser har betydelse för vårt nuvarande liv, men de torde ha betydelse därför att p.g.a. dem görs vi *medvetna* om att vi *kan* sakna kontroll, d.v.s. det försvårar processen som innebär att vi blir medvetna om att vara agent för kontrollen (jfr. learned helplessness).

[26] Jag använder tre termer som i stort sett kan byta plats med varandra, handlingsmöjligheter, handlingsalternativ och handlingssekvenser. Men det finns en viktig begreppslig skillnad mellan handlingsmöjligheter och handlingsalternativ å ena sidan och handlingssekvenser å den andra sidan. Handlingssekvens är en kognitiv bestämning och syftar på orsak-verkansekvenser. Handlingsalternativ eller handlingsmöjligheter är den praktiska konsekvensen av handlingssekvenser. En handlingssekvens innebär en handlingsmöjlighet om de objekt och handlingar som sekvensen syftar på finns tillgängliga i den yttre verkligheten. Handlingssekvenser kan vi ha tillgång till utan att objektet finns närvarande i vårt yttre liv (se s. 98 f).

[27] En slutsats man skulle kunna dra av min diskussion är att socialgrupp II borde vara underrepresenterad. Innan man drar den slutsatsen bör man klargöra vilka kulturella ideal medelklassen främst anammat. Jag tror att man då finner att dessa ideal om att lyckas i vissa bestämda avseenden är ganska lika i socialgrupp II och i socialgrupp I.

[28] Frederick Perls (1973) uttrycker detta samband mycket tydligt när han beskriver neurotikern. "Han har mist sin valfrihet, han är inte i stånd att välja lämpliga medel för att nå sina långsiktiga mål, därför att han saknar förmåga att överblicka vilka valmöjligheter som ligger öppna för honom" (s. 39).

[29] Ett barn har få utvecklade handlingssekvenser, vilket är grunden till dess egocentricitet. Detta är något som också L-E. Berg (1976) betonar i sin Mead-tolkning. "Ju mindre barnet och dess upplevelsesfär, i desto högre grad har barnet sin *enda* existens i den just spelade rollen. Det lilla barnet har ingen grund utifrån vilken det kan jämföra den nuvarande rollen med andra roller, det är helt enkelt i rollen, och någon annan roll existerar inte" (s. 136). Det bör sägas, att Meads rollbegrepp (s. 17) har stora likheter med handlingssekvensbegreppet.

[30] Orsaken som den deprimerade teoretiskt skulle kunna finna är att hon har få handlingsmöjligheter och dessa kontrollerar hon alltför mycket och att detta förhållande bland annat hänger samman med den upplevda meningslösheten vid en handlingsförlust. Men som jag fattar Becker är denna insikt inte möjlig om man är låst i ett fåtal handlingsmönster.

[31] Becker gör, som nämnts tidigare, ingen skillnad mellan olika depressiva tillstånd. I en fotnot (1964, s. 135—136) diskuterar han emellertid vad som kan ligga bakom mano-depressioner. Den maniska personligheten och den depressiva personligheten är lika varandra i flera viktiga avseenden. De är okritiska i förhållande till den sociala verkligheten, de är okritiska i förhållande till sig själva, deras självaktning är löst förankrad och de är uppbundna till bestämda sociala regler. Den mano-depressive personen är utanför familjen ständigt på jakt efter självaktning, men hon lyckas aldrig komma till den punkt då hon är säker. När hindren utanför familjen blir alltför stora tvingas hon att inrikta sitt liv på familjen. Där når hon en säker men låg självaktning i ljuset av det begränsade handlingsutrymme som familjen tillåter. Det maniska tillståndet har förbytts i ett depressivt tillstånd.

En tänkbar förklaring i beteendemässiga termer, som Becker ej nämner, är vad som kan rubriceras som självuppfyllande profetia. Har man en /mano/-depressiv personlighet så kan en förväntan att en depression skall utvecklas vid en viss tidpunkt eller händelse, verkligen sätta i gång en depression. Man har helt enkelt en mycket kontrollerad handlingssekvens (om ... så depression).

[32] Det kan vara svårt att riktigt förstå Beckers resonemang om skamkänslor när det som här är lösryckt ur sitt sammanhang. Becker exemplifierar bland annat med kvinnan som är naken i samband med en läkarundersökning. Hon känner ingen skam helt enkelt därför att den sociala situationen kräver att hon ej skall ha några privata motiv. Becker antar, att skälet till att kvinnor överhuvudtaget lättare rodnar i vår kultur beror på att de i mindre grad än män tillåts att besitta privata motiv.

[33] Becker grundar sin tes om självaktningens stora betydelse i hög grad på det som nyfreudianen Edward Bibring (1953) tog fram. Bibring betonar diskrepansen mellan högt ställda narcisstiska aspirationer och egos insikt om sin oförmåga att leva upp till dem. När denna konflikt blir uppenbar reduceras ens självaktning. Det som Bibring kallar narcisstiska aspirationer är det jag uppfattar Becker menar vara det essentiella i självaktningen, d.v.s. att känna sig värdefull, älskad, stark, säker och god. Skillnaden mellan Bibring och Becker kan kanske formuleras som att Bibring betonar både målet och medlen (orealistiska aspirationer och förlust av de medel som tillfredsställer des a), medan Becker främst betonar förlusten av det (medlen) som ger självaktning. Sedan kan denna förlust lättare inträffa om aspirationerna är orealistiska, vilket torde bli följden om handlingssekvenserna är alltför kontrollerade.

[34] Det förefaller som om en konsekvens av Beckers resonemang här är att vi aldrig kan komma

över Oidipuskomplexet, d.v.s. att vi aldrig kan se igenom den tidiga socialisationen (se s. 116). Jag tror dock inte att man kan dra en så kategorisk slutsats. Svårigheter att i efterhand bearbeta tidiga motiv gäller i första hand tiden innan vi utvecklat ett ego och ej den därefter följande socialisationen. Vidare tror jag man även måste se till *behovet* att se igenom den tidiga socialisationen, d.v.s. när det inte föreligger några motsättningar mellan de första motiven och de senare motiven så kan man inte tala om Oidipuskomplex.

[35] Självaktning i Beckers teori har just denna innebörd. "Self-esteem" är ett mycket sammansatt begrepp. Den amerikanske sociologen Dennis Brisett (1972) menar, att uttrycket "self-esteem" (självaktning) består av de båda socialpsykologiska processerna: (1) "self-evaluation" (självskattning) och (2) "self-worth" (egenvärde). Självskattningen syftar på hur väl man uppfattar sig leva upp till vissa ideal, medan egenvärdet har att göra med hur man upplever sig vara herre över sina handlingar. Denna distinktion innebär att egenvärdet är mer fundamentalt och har mer att göra med ens "innersta" känslor jämfört med självskattningen; "one's sense of self-worth is obviously more intrinsic than extrinsic to the person and in this sense it differs from self-evaluation" (s. 261). Egenvärdet är dock även i grunden socialt p.g.a. att det från början byggts upp av våra mellanhavanden med andra människor. Brisett nämner, att en person kan uppleva att han är inblandad i en aktivitet som inte har med honom att göra (det är snarare en roll han spelar och inte så mycket han själv); i det fallet kan självskattningen påverkas men inte egenvärdet. Oftast sammanfaller dock dessa båda processer på så sätt att i de situationer där man skattar sig själv högt oftast är de situationer som man behärskar. Upplevelsen av att kunna styra sina handlingar baseras på de förväntningar andra har i förhållande till personen i fråga och om vi kan påverka andra beror givetvis på om vi blir tagna på allvar. Självaktning ("self-esteem") i Beckers teori (vilken även Brisett tar upp), ligger närmast betydelsen egenvärde.

[36] Hur kan man empiriskt komma tillrätta med Beckers grundantagande om att alla *"egentligen"* strävar efter självaktning? När han finner människor som inte förefaller att sträva efter självaktning så förklarar han det ju helt enkelt med att de borde göra det. Jag tror inte att det är möjligt att bevisa denna typ av grundantagande enbart empiriskt. Man kan, som Becker själv påpekar (se inledningen s. 77 f, inte komma ifrån en teoris normativa aspekter. I Beckers grundantagande finns invävt en moralisk dimension om hur människan *bör* vara. Jag menar, att man vid en viss punkt inte längre kan förvänta sig att få empiriskt godtagbara svar på sina frågor om Varför? och Hur?. Det svar som man ger tror jag med nödvändighet kommer att innehålla båda kausala och normativa element och att man inte kan finna några bestämda gränser dem emellan.

[37] Den innebörd som finns i Beckers hjältebegrepp skiljer sig kanske från den vanligaste innebörden, d.v.s. när man menar att en hjälte är *förmer* än andra människor. Beckers hjältebegrepp handlar inte främst om att göra jämförelser med andra människor, utan syftar mer på en jämförelse mellan sig själv och hela tillvaron som man själv uppfattar den. Skillnaden mellan den vanliga innebörden och Beckers innebörd av heroism finner jag vara jämförbar med den begreppsliga skillnaden mellan självskattning och egenvärde (se not 35). Heroism är det värde jag har inför hela kosmos och egenvärde det värde jag har inför mig själv.

[38] I detta citat säger Becker, att den deprimerade har tillgång till objekt, vilket skulle kunna motsäga hypotesen att den deprimerade har tillgång till *få* objekt. Jag tror dock, att Beckers poäng här enbart är att framhålla att den deprimerade är låst vid objekten. Han ger ju dessutom ingen kvantitativ bestämning av objekt.

[39] Vi finner ett liknande synsätt i L-E. Bergs tolkning av Mead. "Var går i fråga om mänsklig psykologi gränserna mellan jag—du, inre—yttre, individuellt—socialt? Går dessa gränser alls? Jag tror Mead ville svara nej på den frågan" (s. 58).

[40] Laffertys tolkning av begreppet "doing" motsvarar vad jag kallar "makt att manipulera" (se s. 112). Jag tror inte att den något annorlunda distinktionen jag gör har några konsekvenser för analysen, eftersom poängen med detta kapitel är att visa på samspelet mellan inre och yttre aktivitet och i detta avseende uppfattar jag inte att Laffertys tolkning skiljer sig från min.

[41] Beskrivningen av psykopaten som en "doing organism" stämmer dock inte med den inledande definitionen av "doing", d.v.s. aktivitet där vi tvingas till "delay, frustration, or set-back". Däremot överensstämmer det med definitionen att psykopater *inte* är en "undergoing organism". Det blir alltså en fråga om hur man väger respektive aktivitet.

[42] De hypoteser jag tar fram handlar om tillgången till och innehållet i handlingssekvenserna. Det kan därför vara viktigt att påpeka att denna handlingsberedskap (om. . .så) givetvis har en yttre motsvarighet.

[43] Eftersom man kan betrakta stark kontroll av handlingssekvenser – viss kontroll av handlingssekvenser – svag kontroll av handlingssekvenser – ordlekar som ett enda kontinuum så blir hypotesen (2b) något förvirrande. Frågan blir vid vilken punkt handlingssekvenser som man behärskar mycket dåligt övergår i ordlekar. Hypotesen kan möjligen modifieras på följande sätt: Har man lärt sig handlingssekvenser mycket dåligt så lär man sig många ordlekar och många diffusa handlingssekvenser. Trots denna modifiering är jag tveksam till om hypotesen t.ex. kan gälla för utvecklingsstörda. De behärskar handlingssekvenser mycket dåligt men lär sig därför knappast en mängd nya diffusa handlingssekvenser eller många ordlekar. Slutsatsen torde bli att Beckers teori inte är helt tillämpbar på människor där det finns psykogenetiska orsaker bakom beteendet.

[44] Den fjärde hypotesen kan möjligen betraktas som tautologisk. Men jag ser det mer som ett självklart empiriskt samband. Man håller sig mycket bestämt till vissa handlingar, men av det följer *inte nödvändigtvis* att man vid en helt ny yttre situation där dessa handlingsalternativ inte längre bidrar till självaktningen skall ha svårt att tänka sig andra handlingsalternativ.

[45] Diskussionen jag förde under not 43 är även giltig i detta sammanhang. Den andra extremen skulle då kunna få följande utformning: Många ordlekar och diffusa handlingssekvenser.

[46] Becker gör ingen prioritering (tidsmässig eller betydelsemässig) av de olika faktorerna. I kapitel 10 där Beckers teori möter undersökningsresultaten försöker jag beskriva utvecklandet av en depression som en långvarig process där de skilda faktorerna har olika tyngd.

7 Definition av fem huvudbegrepp

I de avslutande kapitlen kommer jag att föra samman den tolkning jag gjort av Beckers teori med några av de mest framträdande resultaten i undersökningen. I inledningen påpekades, att jag i dessa kapitel tagit lika stor hänsyn till teoretiska antaganden som till vad som framkommit i undersökningen. Det är därför viktigt att läsaren har relativt klart för sig vilka antaganden Becker gör och vilken innebörd jag lägger i begreppen.

I enlighet med Becker bör jag i denna teoretiska analys begränsa mig till några få begrepp eller dimensioner för att bättre kunna behärska dessa. Risken finns då naturligtvis, att jag förhåller mig alltför okritisk och onyanserad till undersökningsresultaten. Jag har dock utifrån främst följande två principer inriktat mig på vissa begrepp i Beckers teori:

a) Begreppen skall vara fruktbara för förståelsen av depressioner.

b) Begreppen skall vara centrala.

Det är synnerligen svårt att benämna de dimensioner eller begrepp som jag uppfattar som centrala i Beckers teori. Ett viktigt begrepp har jag omväxlande kallat behärska, vara bunden till, vara fixerad till, kontrollera, vara låst till och makt att manipulera. Dessa benämningar ger olika associationer men har samtidigt en gemensam innebörd. Jag tror dock att det är nödvändigt för mitt syfte att begränsa beteckningarna och försöka fånga den gemensamma innebörden i relativt entydiga definitioner. Men jag riskerar då att hamna en bit från Beckers rika och mångsidiga teori.

Jag har valt att inrikta mig på följande huvudbegrepp:

1) Handlingssekvenser
2) Kontroll av handlingssekvenser
3) Yttre handlingar
4) Kontroll av yttre handlingar
5) Objekt

Om vi ser till modellen (s. 130) så begränsar jag mig alltså till "boxarna" III, IV och V. Men detta innebär inte att jag bortser från de övriga begreppen och relationerna i modellen, utan dessa finns med som grundläggande antaganden. Nedan gör jag först en så enkel definition som möjligt av begreppen och väntar med att diskutera olika problem till sist.

1) Handlingssekvenser

Handlingssekvens syftar på en handlingsberedskap i förhållande till ett visst objekt. Det innebär att man kan ha tillgång till många handlingssekvenser i för-

hållande till ett visst objekt. Många handlingssekvenser i förhållande till ett visst objekt har vi om handlingsberedskapen är mycket beroende av situationen, d.v.s. man tar stor hänsyn till sammanhanget i vilken handlingen utförs.

I Beckers terminologi så hör handlingssekvens på något sätt samman med "meaning", "vocabularies of choises" och "means-end sequences".

Tillgång till handlingssekvenser är nödvändig för att vi skall nå självaktning. Handlingssekvenser svarar mot yttre handlingar (se punkt 3). Skillnaden mellan handlingssekvenser och yttre handlingar kan beskrivas som att handlingssekvenserna är a) bearbetade produkter av b) jaget och är därför c) inte tidsbundna.

Med denna definition av handlingssekvens så har jag inte inbegripit preverbala erfarenheter och reflexhandlingar.

2) Kontroll av handlingssekvenser

Den första dimensionen avsåg den kvantitativa aspekten av våra bearbetade erfarenheter. Kontroll av handlingssekvenser avser då den kvalitativa sidan. Det är dock inte fråga om innehållet i handlingssekvenserna utan *hur säker vi finner en viss handlingsberedskap vara.*

Vi har stark kontroll av en handlingssekvens om vi finner den vara det enda tänkbara alternativet i förhållandet till ett visst objekt i en viss situation. "En viss situation" kan i det mest extrema fallet enbart gälla *en* handlingsberedskap i förhållandet till ett visst objekt. Man kan givetvis även generalisera handlingsberedskapen i förhållande till olika objekt. (Men i det här avsnittet gör jag alltså det så enkelt som möjligt för mig.) Omvänt har vi svag kontroll av en handlingssekvens om vi är osäkra på hur vi skall agera i förhållande till ett visst objekt i en viss situation. Kontroll av handlingssekvens gäller alltså en subjektiv dimension i den meningen att det är fråga om subjektets egen uppfattning eller känsla av säkerhet.

Kontroll av handlingssekvens svarar på något sätt mot följande begrepp i Beckers framställning: "answers to the four common human problems", "predictability" och "control" i kombination med de begrepp som nämndes i föregående avsnitt.

Kontroll av handlingssekvenser är nödvändiga för att vi skall undvika ångest. Skillnaden mellan kontroll av handlingssekvenser och kontroll av yttre handlingar är av samma karaktär som nämndes ovan, d.v.s. kontrollerade handlingssekvenser är bearbetade produkter av jaget och är därför inte tidsbundna.

3) Yttre handlingar

En yttre handling är helt enkelt *en handling som vi brukar utföra i förhållande till ett visst objekt.* På motsvarande sätt som gällde handlingssekvenser kan tillgången till yttre handlingar vara många i förhållande till ett visst objekt. Med yttre handling menas både symboliska (verbala och icke-verbala) och icke-symboliska handlingar.

I Beckers teori finner vi att "games", "games worth playing", "actions" och "doing" i första hand berör yttre handlingar. Jag kallar yttre handlingar enbart *handling* när det torde vara självklart att det handlar om just *yttre* handling.

4) Kontroll av yttre handlingar

Kontroll av yttre handlingar syftar på *hur beständiga de handlingar är som vi brukar utföra i förhållande till ett visst objekt*. Handlingarna har större möjlighet att bli beständiga om de a) sträcker sig över en lång tid, b) om de utförs ofta, c) regelbundet, d) i få situationer, e) i förhållande till få objekt och f) om man kan styra handlingen i en viss riktning.

De begrepp som Becker använder för denna dimension är "control" och "power to manipulate" tillsammans med handlingar. Kontroll av handlingssekvenser är givetvis beroende av kontrollen av yttre handlingar.

5) Objekt

Objekt kunde inbegripa alla tänkbara mål för vår handling (t.ex. bilar, stortån, andar, arbetarklassen, Hilda Jansson). Jag begränsar dock objekt till enskilda sociala objekt, d.v.s. människor. Varför använder jag då inte beteckningen människa? Jag syftar inte på alla människor som vi kommer i kontakt med, utan endast på *de som har någon betydelse för vår självaktning*. Objekt kan även definieras utifrån yttre handlingar, d.v.s. objekt är de personer som vi brukar agera mot.

Några kommentarer till definitionerna

Samtliga fem definitioner jag återgivit ovan rymmer naturligtvis en mängd problem, men frågan är om jag vinner något på att precisera begreppen ytterligare. Jag riskerar då främst att hamna alltför långt bort från Beckers ursprungliga teori. För övrigt kan man även tillämpa Beckers teori på detta problem, om man preciserar begreppen mycket så ökar man säkerheten men reducerar flexibiliteten, d.v.s. man blir bunden till en viss analys och får svårare att ändra angreppssätt.

Jag ämnar dock antyda några svårigheter att avgränsa de fem huvudbegreppen:

1) Handlingssekvenser

Jag definierar handlingssekvenser med hjälp av begreppet handlingsberedskap. Följdfrågan blir då vad som avgränsar en handlingsberedskap. Hur lång tid bör t.ex. en handling vara tänkbar för att den ska karakteriseras som en handlingsberedskap? Räcker det med att vi för bara ett par sekunder uppfattar att en handling är möjlig? Teorin utgår från att handlingssekvenser svarar mot yttre handlingar, men vad menas då med "svarar mot"? Handlingssekvenserna är ju t.ex. ej tidsbundna och kan därför vara sammansatta av handlingar som utförts vid olika tid-

punkter. Även om lösningen på detta problem delvis har att göra med bestämningen av yttre handling, så rymmer den definitionen i sin tur stora problem. Jag tror således inte man kommer mycket längre än att säga, att en handlingssekvens syftar på en handlingsberedskap i förhållande till ett visst objekt och att denna handlingsberedskap varierar mellan människorna och inom människorna.

2) Kontroll av handlingssekvenser

Hur säkra vi bedömer tänkbara handlingar vara varierar givetvis över tid. Vi kan vidare vara säkra på en omedelbar nivå, men vi har svårt att förutse konsekvenserna längre fram eller i ett vidare perspektiv. Men med det senare torde vi snarare ha att göra med en annan handlingssekvens. Jag tror dock att om man har klart för sig detta problem, så kan man försöka behandla "nivån" på säkerheten i resultatdiskussionen. Ett kanske svårare problem är hur man avgör när man är mycket säker eller mycket osäker på en handlingssekvens. Eftersom vi har att göra med människornas inre liv så blir det återigen omöjligt att dra några gränser. Det enda man kan göra är, att med någon form av motivering, anta vilken säkerhet som kan förefalla trolig.

3) Yttre handlingar

Vad menas med handlingar som vi *brukar* göra? Det implicerar en viss regelbundenhet, likhet i handlingarna och att handlingarna inte ligger alltför långt tillbaka i tiden. Ett ytterligare kriterium som utifrån Beckers teori torde bestämma yttre handling är handlingens betydelse.

Hur väger man sedan samman dessa bestämningar? I det empiriska arbetet är frågan om man skall förlita sig på en bedömning från intervjupersonerna av t.ex. regelbundenhet eller om man från början skall sätta upp vissa bestämda kriterier. Det måste, vad jag förstår, alltid bli en kompromiss mellan vad som är praktiskt möjligt och teoretiskt önskvärt.

4) Kontroll av yttre handlingar

Denna dimension bedömer jag som svårast att definiera. Den definition jag valt är dubbeltydig i och med att den syftar både på beständighet i handlingarna och förmågan att styra handlingarna. Kontroll av yttre handlingar har vidare både en "inre" och "yttre" bestämning åtminstone i den sistnämnda definitionen. Det fordras både att man uppfattar att man styr handlingen och att man på något sätt i verkligheten också gör det. Den första definitionen, d.v.s. beständiga handlingar, kan ses som en ytterligare precisering av handlingsbegreppet. Beständiga handlingar brukar man göra oftare, men jag uppfattar också att beständig implicerar säkerhet. Det är det senare som jag vill komma åt för att anknyta till kontroll av handlingssekvenser.

5) Objekt

När det gäller definitionen av objekt riskerar man att göra en cirkeldefinition. Objekt är de människor som vi har utvecklat handlingar till. Men handlingar begränsades till det vi gjorde i förhållandet till ett visst objekt. Nu är dock handling även bestämd av att det skall vara något som vi brukar göra (regelbundna i ett begränsat tidsperspektiv). Objekt kunde även definieras enligt ett annat kriterium, nämligen om det har någon betydelse för självaktningen. Men då har vi problemet att en företeelse i den yttre världen måste bestämmas av en tolkning av medvetandet. Vi återkommer alltså ständigt till det fåfänga försöket att skilja på medvetandet och det sociala livet.

"Phenomenology showed that man looks at his world from the inside; and existentialism showed how important to man was the symbolic constitution of that world. Science, which was *par excellence* the technique of getting a things from the *outside, measuring, weighing and counting them, found itself face to face with a most curious object. . . Man's phenomenal world is a mixture of the possibilities of both actions and dreams; a real world and an imagined world that cannot be unfused*" (Becker, 1964, s. 145).

8 Yttre förhållanden som begränsar ens möjligheter

Möjligheten till många och varierande handlingar är naturligtvis beroende av yttre förhållanden som man har svårt för att själv kunna påverka. Vilka handlingar förespråkas i vår kultur? Vilka handlingar är tänkbara för människor med ett visst socialt ursprung? Vilka handlingar saknar vi förmåga att överhuvudtaget göra något åt? För att lättare kunna diskutera den här typen av frågor har jag kategoriserat de yttre förhållandena som begränsar handlingsutrymmet i:

a) dominerande samhällsmönster,

b) yttre enskilda händelser man ej kunnat påverka,

c) yttre situationer där man är helt beroende av andra.

Den första kategorin syftar på dominerande förhållanden på samhällsnivån (föreställningar, regler för det ekonomiska livet, social skiktning m.m.). Den tredje kategorin syftar också på dominerande förhållanden vilka vi har svårt för att styra, men här handlar det om den sociala nivån, d.v.s. de människor vi möter i det dagliga livet. "Yttre enskilda händelser man ej kunnat påverka" kan vara resultat av både förhållanden på samhällsnivån och den sociala nivån. Betoningen för den andra kategorin ligger på *enskilda* händelser, ibland kan de kanske tillskrivas slumpen, vilka begränsat möjligheterna till handling.

8.1 Dominerande samhällsmönster

En lämplig utgångspunkt för diskussionen kan vara det jag tog upp i analysen av Becker under rubriken "Kulturens och samhällets betydelse för det individuella livet" (se s. 85 ff). En viktig fråga i detta avsnitt var: Vilka idéer och handlingar premieras i vårt samhälle? Den intressanta följdfrågan för mitt syfte blir *på vilket sätt* dominerande idéer och handlingar begränsar våra tänkbara "egna" möjligheter till handlingar. I huvudsak tror jag det kan ske på två sätt. Vi kan dels bli alltför uppbundna till det dominerande samhällsmönstret eller så lär vi oss detsamma mycket dåligt. De människor som når inflytande, självaktning och allmänt "tjänar" på det dominerande samhällsmönstret torde lättast anamma dominerande föreställningar om vad som är "det goda livet". Problemet för dessa är, att de lätt tror att allt kommer att förbli vid det gamla och att de därigenom begränsar sina handlingar. De finner ingen mening i att söka sig utanför det dominerande samhällsmönstret. Andra människor har i stället begränsat sina handlingar, eftersom de inte lärt sig eller accepterat vad som är gångbart i dagens samhälle. Detta kan i sin tur bland annat bero på att man av olika skäl och i olika grad *tvingats* inordna sig i ett sätt att leva som begränsar handlingsutrymmet. En allmän slut-

sats man kan dra av det ovan förda resonemanget är, att de bästa yttre förutsättningarna till många varierande handlingar har de människor som kan utöva inflytande över samhälls*processen* och som dessutom inte finner nuvarande förhållanden tillräckligt tillfredsställande.

En tes, som Becker driver, är att det västerländska samhället förespråkar att handlingarna är knutna till få objekt. Jag tror att han med detta menar, att vårt samhälle på olika sätt understödjer den begränsade sociala enheten, d.v.s. kärnfamiljen. Religionen understryker familjens roll som samhällets stöttepelare. Det ekonomiska livet kan också sägas vara inrättat efter och stödja den lilla konsumtionsenheten. Vidare har vi en *speciell* barnomsorg, en *speciell* äldreomsorg etc.

Enligt Becker har vi alltså i vårt samhälle få objekt omkring oss, d.v.s. människor som ger oss självaktning, och är därigenom mindre skyddade vid en kris. En annan faktor som gör att vi idag löper större risk att bli deprimerade är att skillnaderna är stora mellan dagens och gårdagens dominerande samhällsmönster. Barnen lär sig av föräldrarna vilka handlingar de bör utföra, men vad som kan ge det vuxna barnet självaktning är oftast andra handlingar. Förutom att samhällsförändringen i stort har betydelse måste man också ta hänsyn till hur beroende eller begränsade ens föräldrar var av sin tids dominerande samhällsmönster. Den sämsta förutsättningen att tillägna sig nya handlingar har alltså den människa, vars föräldrar var hårt bundna vid sin tids dominerande samhällsmönster och som själv lever i ett mycket föränderligt samhälle.

Det finns inte många frågor i vår undersökning som anknyter till "dominerande samhällsmönster". Ett resultat som man mycket väl kan tolka i dessa termer är varför betydligt fler kvinnor blir deprimerade jämfört med män. Vilka villkor och föreställningar kan ha betydelse vid en depressiv utveckling beroende på om man är kvinna eller man? De typiska kvinnoyrkena är i regel underbetalda, ger lägre status och mindre möjlighet att påverka arbetsprocessen. Det är begränsningar som på olika sätt bidrar till att inskränka handlingsutrymmet och bland annat därigenom möjligheterna att nå självaktning. Kvinnorna, jämfört med männen, är inte heller lika eftertraktade i arbetslivet och samhället bidrar i begränsad utsträckning till att lösa barnomsorgen.

Kvinnorollen formas redan under de första levnadsåren. Om man jämför med den uppfostran pojkar i allmänhet får så torde flickorna ges mindre möjlighet att pröva sin makt och att visa sig duktiga inom många områden. Pojkarna tillåts helt enkelt gå längre utanför föräldrarnas kontroll och domäner. En konsekvens av detta måste bli att flickorna tillägnar sig färre handlingssekvenser som ger självaktning.

Könsrollsmönstret, som alltså ingår i det dominerande samhällsmönstret, resulterar i att kvinnor i allmänhet begränsar sina handlingar. Man inriktar sitt liv på det som hör till hemmet och familjen, eftersom man finner att detta ger den största självaktningen. Dessa handlingar blir lätt beständiga, eftersom de ofta har kontinuitet och konsistens. Man kan också formulera det så, att kvinnans många gånger alltför kontrollerade handlingar är en följd av att hon inriktar sig på den sociala nivån (se s. 95) på bekostnad av andra nivåer. Hon sätter sin tilltro till barn och man i betydligt högre grad än till sig själv och förhållanden utanför fa-

miljen. När då något allvarligt inträffar inom denna begränsade sektor får det lätt till följd en depression, eftersom kvinnan inte har alternativa handlingar att ta till som kan bygga upp den förlorade självaktningen. Dessutom är det större risk, att det inträffar något allvarligt som hotar självaktningen inom familjen just därför att det är en *begränsad* sektor. Det är trots allt lättare att finna en ny utkomst än att reparera eller bilda en ny familj. Ett hot mot mannens självaktning inom ett handlingsområde torde inte kunna få lika allvarliga följder eftersom han lättare kan kompensera den inom andra områden (t.ex. kan problem inom familjen delvis kompenseras med ett stimulerande arbete).

Resultatet från undersökningen tyder också på att objekten och de yttre handlingarna mer hänger samman med familjelivet för kvinnorna. Hur detta kan gestalta sig får exemplifieras med en fallbeskrivning av en av intervjupersonerna.

O är en medelålders kvinna som nu lever ensam i en hyreslägenhet. Efter en skilsmässa för några år sedan har hon börjat leva ett alltmer passivt och isolerat liv. De bekanta hon hade innan skilsmässan var främst makens vänner och i samband med skilsmässan valde hon att flytta från den stad de då bodde i. Hon har tre vuxna barn varav den äldsta flickan bor i närheten, men det blir ändå inte av att de träffas mer än ett par-tre gånger i veckan.

Äktenskapet hade varit en plåga för båda parter. Maken var mycket dominerande och de kunde inte alls prata med varandra. I samband med skilsmässan blev konflikterna ändå mer uttalade. Till detta kom att det var trassel med de två yngsta barnen som haft med polisen att göra och dömts till skyddstillsyn. Maken ville hålla barnen hårt, medan O höll dem om ryggen och betalade deras skadestånd. O har nu hängt upp mycket av sitt liv på barnen och hon säger att de betyder allt för henne. De enda kontakter O har, förutom med barnen, är ett par medlemmar i den religiösa församling hon tillhör. Men hon har ännu inte känt att hon kunnat bjuda dem hem till sig. Ett annat problem är O:s syster som hon inte alls kommer överens med. Främsta anledningen till att hon flyttade var att hon inte stod ut med systern. Det kan nämnas att systern haft psykiatrisk kontakt p.g.a. hysteri. Systern ringer ofta till O och ställer en mängd obehagliga frågor om hur det är med barnen.

O växte upp i ett hantverkarhem i södra Närke. Fadern dog när O gick i folkskolan. Det framkommer under intervjun att fadern ofta var våldsam och slog O:s moder (modern avled för ett tiotal år sedan). Innan skilsmässan arbetade O på ett ålderdomshem och upplevde detta tydligen som mycket positivt. Det var tacksamt att hjälpa de gamla. Nu arbetar hon på dagarna som barndagvårdare hos en familj i närheten. Det blir mest att se till barnen och hushållet medan föräldrarna är borta. Hon skulle antagligen själv vilja återvända till ett arbete på ålderdomshemmet och få vuxenkontakter att tala med. Men hon förefaller att vara låst i sina tidigare problem och i barnen och har svårt för att ta initiativ till att börja förändra sitt eget liv.

Vid intervjun med O:s äldsta dotter, som O har den bästa och mesta kontakten med, framkommer inte mycket nytt mer än att dottern har ganska lite kännedom om moderns liv. Dottern nämner först problemen med systern och yngsta dottern. Hon menar, att O bara går och tänker på den yngsta dottern. Hon tror också att O nu ångrar sig beträffande skilsmässan eftersom det är ändå mer jobbigt att vara ensam än att stå ut med alla grälen.

Denna kvinna hade således hela livet varit nästan enbart inriktad på familjen och det är då inte överraskande att hon drabbas av en depression när hon inte längre har någon man och då barnen har skaffat sig egna liv (delvis i konflikt med modern). Hon har i dag inte längre tillgång till de handlingar som tidigare gav henne åtminstone en relativt säker självaktning och hon har ej förmått eller fått stöd att kompensera detta med nya handlingar.

Vilka villkor och förväntningar är knutna till olika sociala skikt och kan påverka risken att bli deprimerad? Jag har tidigare i flera sammanhang tagit upp frågan om varför depressioner inte tycks vara vanligare i någon bestämd socialgrupp. I

analysen av Beckers teori antog jag, att människorna i de lägre socialgrupperna har tillgång till färre handlingar som de kan kontrollera, d.v.s. man har mindre möjlighet att påverka sin situation. I den övre socialgruppen å andra sidan förväntas man behärska sina handlingar i högre grad och lär sig därigenom att tillvaron skall gestalta sig på ett visst sätt. I den lägre socialgruppen kan man alltså i allmänhet tillägna sig färre handlingssekvenser jämfört med i den övre socialgruppen och de senare tenderar att tillägna sig alltför kontrollerade handlingssekvenser. Den framlagda hypotesen är alltså att båda dessa tillstånd tar ut varandra så att ingen socialgrupp blir överrepresenterad.

Ett resultat i undersökningen, som berör det gjorda antagandet, är att de med osjälvständiga arbetsuppgifter i högre grad har blivit deprimerade. Detta talar ju för att socialgrupp III borde vara överrepresenterade vad gäller depressioner. Om man emellertid tar hänsyn till den tolkning som gavs till kvinnornas höga andel depressioner kan man möjligen få en förklaring till de något motsägelsefulla resultaten. Vi finner färre kvinnor i socialgrupp I som yrkesarbetar. Dessutom borde det framför allt vara kvinnorna i de övre socialgrupperna som känner de största förväntningarna på sig att lyckas, t.ex. genom en framgångsrik man och en aktningsvärd position i den sociala hierarkin. Jag tror, att det är bland dessa kvinnor vi i högre grad finner en obalans mellan det Becker kallar den sociala nivån och den personliga nivån. Det man *inriktar* sitt liv på är det som ger anseende på bekostnad av vad man "egentligen" önskar göra. Konsekvensen blir i stort densamma jämfört med för dem som är hårt styrda i sitt arbete, nämligen att man begränsar sina yttre handlingar. I det första fallet är det samhället (produktionsordningen) och i det andra fallet kulturen (dominerande föreställningar om "det goda livet") som begränsar handlingsutrymmet.

8.2 Yttre enskilda händelser man ej kunnat påverka

Det finns flera undersökningar som tyder på, att de deprimerade i större utsträckning än andra har varit utsatta för vad som kan karakteriseras som olyckliga omständigheter (se t.ex. Brown m.fl. 1973:b). Resultatet från vår undersökning visar, att de deprimerade har varit med om flera svåra händelser än de ickedeprimerade. Det är naturligtvis, vilket jag framhöll i empiridelen, svårt att avgöra vilka av dessa händelser man råkat ut för p.g.a. att man hade en depressiv personlighet. Men många av de problem eller händelser man menar låg bakom depressionerna är ytterst svåra eller omöjliga att påverka. Exempel på sådana händelser är förlust av nära anhörig, förlust av arbete och invaliditet eller allvarlig sjukdom.

Det är ganska självklart att negativa omvälvande händelser i ens liv lätt kan resultera i en depression. Vad som kan vara svårare att förstå är hur dessa händelser på längre sikt underbygger en depression. Enligt Becker har vi i allmänhet inte hunnit och kunnat bearbeta traumatiska händelser, de finns ej ordentligt inordnade i handlingssekvenserna. En svår händelse kommer mycket lätt upp till ytan eftersom vi alltid strävar efter att få handlingssekvenserna att hänga ihop. Men det är mycket svårt att inordna de svåra händelserna i efterhand p.g.a. att de yttre

handlingarna som var upphov till händelserna inte längre är aktuella. Vi bildar med tiden nya handlingssekvenser och just därför får vi svårare att förtränga de traumatiska händelserna. Anledningen till detta kan exempelvis vara att de nya erfarenheterna gör att de gamla händelserna aktualiseras.

Svåra händelser kan också ha betydelse för en senare inträffad depression genom att sätta i gång en depressiv personlighetsutveckling. Samtliga händelser som nämns i undersökningen, utom möjligen viktiga planer som inte kan förverkligas, torde resultera i förlust av handlingar som byggt upp självaktningen. Vi kan här se hur både antalet svåra händelser man varit med om och hur allvarligt man upplevt dessa hänger ihop. Svåra händelser, i synnerhet de som haft stor betydelse för självaktningen och de som vi ej bearbetat, kan sätta igång en negativ cirkelprocess. Traumatisk händelse leder till reducerad självaktning som i sin tur innebär att man lättare kan uppleva en negativ händelse som en traumatisk händelse.

Man kan vidare anta, att en reducering av självaktningen, som nödvändigtvis inte behöver ha resulterat i en depression, innebär att man fruktar att kommande händelser kan vara ett ännu större hot mot självaktningen. Man "löser" problemet genom att binda upp sig till objekten (bygger upp alltför kontrollerade yttre handlingar) för att inte förlora det uns av självaktning som finns kvar.

En händelse vilken säkert många upplevt som traumatisk, och som är svår att påverka, är då ens föräldrar varit djupt deprimerade. Intervjun med B tyder på att framför allt faderns självmord, men också andra ytterst svårpåverkbara förhållanden, antagligen lagt grunden till en depression.

B är i 25-årsåldern och arbetar med kurativa uppgifter på ett större sjukhus vid sidan om studierna. Hon har varit nedstämd många gånger och tog för något år sedan kontakt med studentpsykiatrikern efter det att hennes far tagit livet av sig. Hon gick i flera månader och grubblade på döden, kunde inte gråta. I arbetet fanns det under samma tid stora problem med patienterna, flera hotade med att begå självmord och några fullföljde också planerna. Hon blev mycket centrerad på dödsproblematiken och hade bland annat mycket svårt för att sova.

Både hennes far och mor hade haft flera depressiva perioder. Fadern var tyst, självdestruktiv, egocentrisk och detta blev bara värre med tiden. Modern var också egocentrisk och tyckte synd om sig själv i samband med makens nedstämdhetsperioder. B ansåg att hon överhuvudtaget hade mycket dålig kontakt med sina föräldrar. Under den här svåra tiden försökte B att prata med sin man om problemen, men hon upplevde detta som mycket svårt eftersom han är ganska sluten av sig.

B har ett fysiskt handikapp som hon fick vid en olycka när hon var åtta år gammal. Hon har nu accepterat sitt handikapp, men under 60-talet var det ofta svårt och B var ofta deprimerad p.g.a. detta. Hon har efter skolan sökt en mängd arbeten utan att ha några större framgångar. Hon har även sökt till en spärrad utbildningslinje ett flertal gånger utan att komma in.

Hon har haft en viss samtalskontakt med studentpsykiatrikern och verkar ha ett stort behov av att prata med någon utomstående. Intervjuaren uppfattar B som en öppen och duktig kvinna, med mycket viljestyrka. B visar enligt sig själv och enligt maken ofta en glad sida utåt även när hon är som mest deprimerad. Under intervjun är hon dock ganska allvarlig och eftertänksam.

Maken betonar att mycket av problemen har att göra med att B inte kommit in på den yrkesbana hon önskat. Han förefaller ovan att tänka i de termer som frågorna handlar om. Han är tystlåten, inbunden och uppfattar frågorna som prestationsinriktade. Båda

har svårt att prata med varandra om problemen. De tycks leva i var sin värld och har svårt att nå varandra trots att de verkar tycka om varandra.

8.3 Yttre situationer där man är helt beroende av andra

I den empiriska undersökningen fann vi, att det var vanligare att de som blivit deprimerade också haft föräldrar som varit deprimerade. Resultatet är inte överraskande utan överensstämmer med vad andra undersökningar visat. Man brukar i regel framhålla det biologiska arvet som orsak till detta, men jag skulle vilja hävda att sannolikheten att det handlar om ett socialt arv är minst lika stor. Det jag antar är, att när föräldrarna ofta är deprimerade blir barnen mycket beroende av dem. Annorlunda uttryckt så bildas i dessa familjer ett interaktionsmönster där barnens möjligheter att påverka är reducerade, d.v.s. grunden läggs för en depressiv personlighetsutveckling. I empiridelen nämndes en artikel (Drake & Price, 1975) som tog fram det negativa inflytande deprimerade föräldrar kunde ha på sina barn i form av passivisering, överföring av låg självaktning och inriktning på den sociala nivån. Jag tror alltså, att framför allt den förstnämnda faktorn är viktig. En mor som är deprimerad är förmodligen inte en person som man försöker påverka, utan man drar sig snarare undan. En familj där en eller flera av medlemmarna har depressioner blir mycket lätt en passiv familj; "vi gör så gott vi kan, men ingenting hjälper". Man lär sig inte styra handlingarna och tillägnar sig därigenom inte heller särdeles många handlingssekvenser.[1]

Jag tycker att man i förra fallbeskrivningen kan utläsa något om hur få möjligheter B haft att styra sina handlingar under barndomen p.g.a. föräldrarnas slutenhet och egocenricitet och hur detta senare satt sina spår. Man frågar sig, om B har ägnat sig åt det hon själv önskade eller om hennes handlingar fortfarande är beroende av föräldrarnas, antagligen outtalade, förväntningar.

Jag antar, att det är större risk att man kan blir helt beroende av deprimerade föräldrar. Naturligtvis kan man även bli mycket beroende av föräldrar som inte uppvisar några depressiva drag. Föräldrarna ingår som de viktigaste objekten i ens liv när man lär sig många nya handlingar. Får man från början erfara, att det är svårt att behärska sin omgivning, att det inte i första hand är "jag" som styr mitt liv så grundläggs en bristande tro på sig själv (självaktning). Om denna dominans från föräldrarna kvarstår upp i vuxen ålder, desto värre; det blir aldrig någon frigörelse som innebär att man känner att man står på egna ben. Resultatet vi erhöll i undersökningen var just att de deprimerade i högre grad upplevde att föräldrarna fortfarande dominerade.

Vi finner, att det är två helt motsatta sätt som föräldrarna agerar på vilka kan lägga grunden till en depressiv personlighet. Man tillägnar sig få handlingar både om föräldrarna är passiva och om de dominerar kraftigt.

Det jag hittills tagit upp om yttre situationer där man är beroende av andra har gällt föräldrarelationen. I arbetssituationen kan man också i hög grad vara beroende av andra. I vår undersökning fann vi t.ex. att de deprimerade i större utsträckning hade osjälvständiga arbetsuppgifter jämfört med de icke-deprimerade.

Osjälvständiga arbetsuppgifter menar jag innebär, att man har mindre möjligheter att själv styra sina handlingar. Resultatet blir begränsad tillgång till handlingar och handlingssekvenser. Man kan också anta, att osjälvständigt arbete leder till alltför stark kontroll av handlingar och handlingssekvenser. Vissa av dessa arbetsuppgifter är säkert mycket rutinbetonade, det förväntas bestämda handlingar i ett begränsat antal situationer. Man gör X ett otal gånger och Y följer nästan alltid (mycket kontrollerad handling), man antar därför att X alltid leder till Y (mycket kontrollerad handlingssekvens). Man kan även säga, att det finns bestämda svar på ett begränsat antal frågor eftersom man aldrig hört några alternativa svar.

Noter

[1] En förklaring av annan karaktär till varför det är vanligare att deprimerade haft föräldrar som varit deprimerade är, att man (genom föräldramodellen) lär sig betrakta depressionen som en socialt acceptabel lösning när det uppstår ett personligt problem. Ett liknande resonemang kan man föra om depressioner man tidigare *själv* haft. De flesta som får en depression i vuxen ålder har varit deprimerade någon gång tidigare. Det kan ha blivit en socialt acceptabel lösning man tar till i en svår situation för att frånkänna sig allt ansvar. Man gör sig därigenom helt beroende av andra. Depressionen i sig är också ett tillstånd där man upplever sig vara helt beroende av andra. Har man någon gång upplevt en total maktlöshet tror jag också att det är lättare att man återigen hamnar i en likartad situation.

9 Fastlåsta handlingsmönster och få handlingsmöjligheter

Fastlåsta handlingsmönster syftar på alltför kontrollerade handlingar och alltför kontrollerade handlingssekvenser. Få handlingsmöjligheter innefattar få handlingar och få handlingssekvenser. Jag har alltså sammanfört faktorer på den sociala och den psykologiska nivån i ett enda begrepp. Skälet är att det inte alltid är nödvändigt att skilja på dessa två nivåer, eftersom förhållanden i det yttre livet får motsvarande konsekvenser i det inre livet. Dessutom är det många gånger i den kommande diskussionen svårt att skilja på vad som är uttryck för upplevelser och vad som speglar yttre företeelser.

Jag menar, att krav, brist på djup kontakt, dominans (d.v.s. dimensionerna i undersökningen) dels kan ses som företeelser i människornas yttre liv som får konsekvenser för deras inre liv. Dessa konsekvenser skulle då för den deprimerade vara reducering av handlingssekvenser och för mycket kontroll av dessa. Krav, djup, dominans, *kan även* ses som ett uttryck för ett inre tillstånd som kännetecknas av få/många handlingssekvenser och stark/svag kontroll av handlingssekvenserna.

Tolkningen i detta kapitel av de olika dimensionerna har jag inriktat på de förhållanden där vi erhållit de största skillnaderna mellan de deprimerade och de icke-deprimerade, nämligen i föräldra- och partnerrelationen.

9.1 Föräldrarelationen

Resultatet från intervjuerna visade att flera bland de som varit deprimerade jämfört med de icke-deprimerade uppfattade att föräldrarna hade dominerat. I det föregående kapitlet diskuterade jag vilka följder en dominerande föräldrakontakt kunde få. Det jag pekade på var att dominerande föräldrar kunde leda till att man fick begränsade handlingsmöjligheter. Jag tror även man kan hävda, att dominans från någon resulterar i fastlåsta handlingsmönster. Ett exempel på hur en vuxen människas handlingar kan bindas upp av en förälder utgör intervjun med D.

D är 31 år gammal och har fått diagnosen mano-depression. Hon läser på universitetet och bor hemma hos sin mor. D säger att hon ofta brukar uppleva stora svängningar i stämningsläget, men bara när det händer något som berör och framför allt upprör henne. För några år sedan blev det slut med en kille. Det var inget bra förhållande, hon upplevde stora krav från hans sida och de hade svårt att tala med varandra om problemen. Under samma tid började D läsa sitt första betyg vid universitetet, men p.g.a. problemen med killen hade hon mycket svårt att koncentrera sig på studierna. Dessutom upplevde hon att relationen med mamman var besvärlig vilket också bidrog till depressionen.

Efter intervjun bjöd mamman på kaffe. Modern behandlade sin dotter som ett osjälv-

ständigt barn som inte kunde ta vara på sig själv. Dottern spelade sin del av spelet och uppträdde som en fnittrig 10-åring som knappt vågade säga emot mamma. Mamman berättade för intervjuaren om dotterns oförmåga att ta vara på sig själv. Hela tiden under samtalet använde modern 'hon-form' trots att dottern satt en meter ifrån. Modern visade en fantastisk förmåga att manipulera sin dotter, binda henne till sig, skicka dubbla budskap m.m. Intervjuaren menade, att han aldrig tidigare under så kort tid hade sett så mycket och tydligt destruktivt spel och nedbrytande manipulationer.

En dominerande föräldrarelation i dag tyder på att dominansen har varit minst lika utpräglad under uppväxtåren. Ens handlingar och därigenom handlingssekvenserna har blivit anpassade enligt föräldrarnas referensram. När handlingssekvenser i hög grad är bestämda av föräldrarnas tidiga agerande, utsätts man lättare för risken att senare få sin självaktning hotad. Det sätt som man genom föräldrarna lärde sig att nå självaktning på är ofta inte längre gångbart. Det vuxna barnet lever inte längre bara i föräldrarnas värld och dessutom har världen utanför föräldrarna genomgått stora förändringar. Det blir också svårare att ta sig ur en svår situation och se den i ett helt annat perspektiv när man har mycket bestämda förväntningar på hur verkligheten bör se ut. Har föräldrarna, under en lång tidsperiod och dessutom under en period då barnet inte har förmåga att tillägna sig många handlingssekvenser, uttryckt att vissa handlingar bör leda till vissa bestämda konsekvenser så är risken stor att man utvecklat alltför kontrollerade handlingssekvenser. *Upplevelsen* av att föräldrarna styr ens handlingar torde också tyda på att man uppfattar att enbart vissa handlingar är tänkbara, d.v.s. man har alltför kontrollerade handlingssekvenser.

En annan stor skillnad som visade sig i undersökningen var, att de som varit deprimerade jämfört med de som inte varit deprimerade i större omfattning ansåg sig ha saknat djup kontakt med föräldrarna. Denna dimension tolkar jag främst i termer av få handlingsmöjligheter. I nästa avsnitt motiverar jag närmare varför bristande djup kontakt troligen *resulterar* i ett begränsat antal handlingssekvenser.

Det jag ämnar ta fasta på vad beträffar föräldrarelationen är, att föräldrarna dels varit objekt under en lång och viktig period av våra liv och dels åldersskillnader. Om vi börjar med den sistnämnda faktorn, så finns det vissa givna skillnader som borde försvåra kontakten mellan vuxna barn och föräldrar. De handlingar som är aktuella för det vuxna barnet fanns överhuvudtaget inte tillgängliga eller var mycket ovanliga när föräldrarna var i motsvarande situation. Detta måste med nödvändighet resultera i skilda referensramar, d.v.s. olika system av handlingssekvenser som gör det svårt att tala med varandra. En annan given skillnad mellan föräldrarna och barnen är att de befinner sig på olika stadier i livscykeln. Föräldrarna befinner sig på ett stadium (i en ålder) där vissa rollförluster är vanliga (make/maka, mor/far, yrkesman) och där döden gör sig alltmer påmind. Det vuxna barnet har ofta helt andra problem att komma tillrätta med. Med tanke på dessa båda givna svårigheter att nå kontakt med föräldrarna kan man anta, att djup kontakt med föräldrarna är ett tecken på förmåga att se tillvaron ur många perspektiv (kontakten underlättas naturligtvis om även föräldrarna har denna förmåga). Djup kontakt i föräldrarelationen kan alltså vara *ett uttryck för* ett inre tillstånd som kännetecknas av många handlingssekvenser.[1]

9.2 Partnerrelationen

Många i depressionsgruppen jämfört med de icke-deprimerade upplevde stora, betungande krav från partnern tiden innan depressionen. Jag tror, att en kravfylld relation på många sätt kan bidra till en depressiv utveckling. Har den andre bestämda åsikter (uttalade och outtalade) om hur man bör leva är det givet att handlingsutrymmet därmed begränsas, d.v.s. man kan tillägna sig få yttre handlingar. Denna begränsade tillgång till handlingar i förhållandet till partnern blir antagligen mest kännbar för den som främst är verksam i hemmet. Vi kan här erinra oss diskussionen om kvinnornas höga andel depressioner. Även för de flesta yrkesverksamma kvinnorna torde familjelivet ha, bland annat p.g.a. kulturella förväntningar, den utan motstycke högsta betydelsen för självaktningen. Det är inte bara reducering av handlingar som följer på en kravfylld relation, utan den mest betydelsefulla konsekvensen är förmodligen alltför stark kontroll av handlingarna. Handlingarna är beständiga, de sträcker sig i allmänhet över en lång tidsperiod och är antagligen vanligt förekommande. Vidare implicerar en kravfylld relation, att det är mycket bestämda förväntningar på beteendet. Det finns med andra ord små möjligheter att själv ändra på de handlingar man har tillgång till.

I enlighet med Becker så leder tillgång till få handlingar och stark kontroll av handlingar till få handlingssekvenser respektive stark kontroll av dessa. Man kan även vända på resonemanget. Eftersom intervjupersonerna i depressionsgrupperna upplevde sin partnerrelation som kravfylld kan man se detta som ett uttryck för begränsade och starkt kontrollerade handlingssekvenser, vilka i sin tur måste vara en följd av motsvarande yttre förhållanden. Varför kan man betrakta upplevelsen av stora krav som tecken på ett fåtal starkt kontrollerade handlingssekvenser?

> "I dag uppfattar vi den depressiva psykosen som ett nersjunkande i andra krav – kraven i familjen och på arbetsplatsen, de dagliga plikternas snäva horisont. I ett sådant nersjunkande kan individen inte känna eller uppfatta att han har alternativ, kan inte föreställa sig någon valfrihet eller andra sätt att leva . . ." (Becker, 1971, s. 100).

Själva känslan av krav innebär helt enkelt att vi uppfattar vissa handlingsalternativ vara de enda rätta. Den andres faktiska krav skulle knappast ha så stort inflytande på oss, om vi fann andra tänkbara sätt att handla på, d.v.s. vi skulle inte uppleva kraven inom oss så starkt om vi hade tillgång till många handlingssekvenser.

Det måste understrykas, att det är fråga om ett komplicerat samspel mellan den yttre och den inre verkligheten. Ovan har jag främst diskuterat hur krav kan leda till förhållanden som är kännetecknande för den depressiva personligheten. Men man kan även anta, att en person p.g.a. ett fåtal starkt kontrollerade handlingssekvenser hamnar i ett förhållande som präglas av krav. Man saknar resurser att styra omvärlden, i detta fall handlingar i förhållande till sin partner och detta ger partnern större möjligheter att ensam utöva makt, vilket i sin tur innebär att han ställer ännu större krav.

Av samtliga frågor i undersökningen gav frågan om djup i partnerkontakten

den största skillnaden. En stor andel av gruppen deprimerade ansåg att de inte kunde prata med sin partner om nästan allting. Jag antar, att bristande djup kontakt, oberoende av objektet (se t.ex. föräldrarelationen) främst leder till begränsning av handlingsmöjligheterna. Känner vi inte till den andres intentioner så behärskar vi inte heller de handlingar i vilka den andre ingår. Vi måste också här erinra oss att det yttre språket är en handling. Begränsar vi den språkliga kontakten med vår partner, så har vi därigenom (även definitionsmässigt) tillgång till få handlingar. Bristande tillgång till handlingar representeras då i det inre livet av bristande tillgång till handlingssekvenser. Kan vi ej förutsäga hur partnern kommer att agera i olika situationer är ju detta liktydigt med att vi saknar handlingssekvenser.

Det finns många sätt på vilket en bristande djup kontakt med någon kan ha betydelse i samband med en depression. För det första kan det leda till en depressiv personlighetsutveckling, d.v.s. att man lättare blir "disponerad" för en depression. Det är denna tes jag diskuterat ovan. För det andra kan det resultera i förlust av handlingssekvenser som får omedelbara konsekvenser. Har man svårt för att tala öppet med sin partner, så har man antagligen också bristande förståelse för varandras egenheter. När den andre ger uttryck för svåra och oväntade känslor eller agerar på ett sätt han aldrig gjort tidigare får individen i fråga svårt att se sammanhangen, d.v.s. hon förlorar handlingssekvenser. För det tredje kan det förstärka en depressiv utveckling som från början inte berörde partnern. För den som börjar känna sig nedstämd måste en känsla av ensamhet *tillsammans* med någon utgöra en ytterligare belastning. För det fjärde borde en bristande djup kontakt mellan två parter innebära att den andre också har svårt för att se sammanhangen och kan därigenom inte bryta den deprimerades handlingsförlamning.

Noter

[1] Det finns givetvis även många människor som har djup kontakt med varandra, men som är instängda i sin egen värld. Omvänt kan man ha tillgång till många handlingssekvenser, men ändå sakna förmåga att tala öppet med varandra. Jag tror dock, att i vårt samhälle där människorna lever långt ifrån varandra (både rumsligt och i sina dagliga göromål) är djup kontakt mellan föräldrar och vuxna barn *i regel* ett tecken på många handlingssekvenser.

10 Den depressiva processen

I den tidigare förda diskussionen har jag oftast förutsatt att en depression sällan är följden av en enskild, isolerad händelse. Jag har använt begreppet "depressiv personlighet" för att understryka att det är personer, som under lång tid tillägnat sig vissa erfarenheter, vilka löper störst risk att bli deprimerade när något allvarligt inträffar i deras liv. Det är många faktorer i en sammansatt process som resulterar i att man till slut blir deprimerad. Några av de viktigaste faktorerna i denna process är det som jag utifrån Beckers teori hittills behandlat. Vad jag nu antar är, att de olika negativa faktorerna är dominerande vid olika tidpunkter i den depressiva utvecklingen. Detta antagande baserar sig på diskriminantanalysen,[1] Beckers teori, deprimerade människors berättelser och allmänna socialpsykologiska antaganden.

Om vi utgår från diskriminantanalysen finner vi en mycket intressant gruppering av variabler. De variabler som bidrar med den största diskrimineringsförmågan är de variabler som jag tolkat *främst* bidrar till att reducera handlingsmöjligheterna. Därnäst kommer ett par variabler vilka jag antagit *främst* hänger samman med fastlåsta handlingsmönster. Den tredje gruppen variabler, vilka diskriminerar mindre mellan deprimerade och icke-deprimerade, menar jag *främst* kan tolkas som yttre förhållanden som inte är påverkbara. Hur jag kommit fram till dessa slutsatser redovisas inte här utan jag hänvisar till de avsnitt där variablerna tagits upp.[2] Nedan presenterar jag de diskriminerande variablerna i rangordning och den innehållsliga tolkning jag gjort. Det bör åter påpekas att frågorna avsåg tiden innan en depressiv/negativ period.

De deprimerade hade i större utsträckning än de icke-deprimerade:

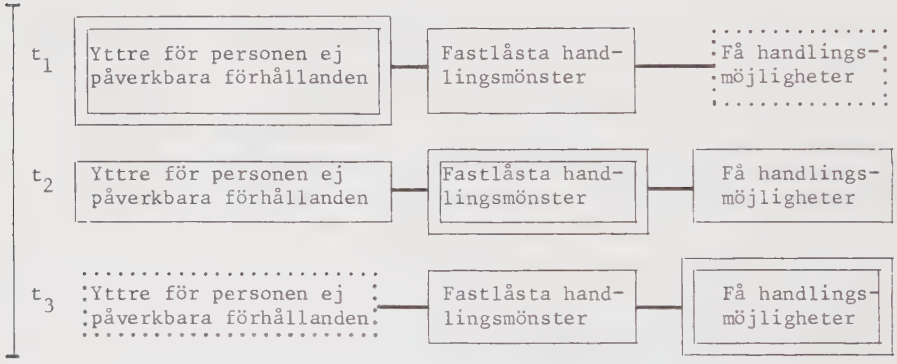
		Tolkning
1	Bristande djup kontakt med partnern	Få handlingsmöjligheter
2	Varit deprimerad tidigare	Få handlingsmöjligheter
3	En kravfylld partnerkontakt	Fastlåsta handlingsmönster
4	Dominerande föräldrar	Fastlåsta handlingsmönster
5	Tog oftare initiativ till aktiviteter	?
6	Varit med om fler svåra händelser	Yttre svårpåverkbara förhållanden
7	En icke-betydelsefull partnerkontakt	Få handlingsmöjligheter
8	Moder vilken yrkesarbetade under uppväxten	Yttre svårpåverkbara förhållanden
9	Osjälvständiga arbetsuppgifter	Yttre svårpåverkbara förhållanden

Det finns flera slutsatser man kan dra utifrån detta tolkningsschema. Den slutsats som kanske ligger närmast till hands är, att tillgången till handlingsmöjligheter (handlingar och handlingssekvenser) har störst betydelse för om man kommer att utveckla en depression. Viktigt men inte av lika stor betydelse är det om man har fastlåsta handlingsmönster (alltför kontrollerade handlingar och handlings-

sekvenser). Mindre betydelse har de yttre svårpåverkbara förhållandena. Men det finns anledning att vara försiktig med att acceptera en sådan tolkning.

Det främsta skälet till denna försiktighet är, att den period som frågorna (variablerna) syftar på är tiden före (6 månader) en akut depression. Depressions*processen* kan då ha framskridit relativt långt, eftersom innan en person "hamnar i" en sådan process har hon ofta varit inbegripen i en mycket mer långvarig process, som jag valt att kalla den deprimerade personlighetsutvecklingen. Det som frågorna i undersökningen främst skulle syfta på är den period då man fruktar att förlora självaktningen eller då självaktningen börjat reduceras. Det som är poängen med denna invändning är alltså, att det som lagt grunden till depressionen ofta finns längre tillbaks i tiden.

Den tolkning jag finner mest rimlig, och som inte motsägs av diskriminantanalysen, är att det viktigaste vid *en akut kris* är tillgång till många handlingsmöjligheter. Det som däremot har störst betydelse för om man skall börja utveckla en *depressiv personlighet* är om man i hög grad begränsas i sitt handlande av yttre svårpåverkbara förhållanden. Man kan åskådliggöra den antagna processen mot en depression på följande sätt:



Schemat visar alltså i tidsföljd den process som leder fram till att man löper stor risk att bli deprimerad. Tyngdpunkten för varje tidsperiod har markerats med dubbla streck, den därnäst mest betydelsefulla faktorn med enkelstreck och den minst betydelsefulla faktorn med punkter. Vad som saknas i detta schema över den depressiva processen är den sista, avgörande faktorn för att man skall bli deprimerad, nämligen hotet mot eller reduceringen av självaktningen. Jag kommer längre fram i detta kapitel att ta upp denna fråga.

Den första perioden eller det första steget (t_1) mot utvecklandet av en depressiv personlighet kan ha tagit sin början under de första levnadsåren eller i vuxen ålder. Det handlar om att de yttre tänkbara möjligheterna är starkt begränsade. Ett barn fostrad i bestämda rutiner av en enda socialisatör får mindre möjligheter att själv utforska världen. En vuxen i hårt inrutade arbetsrutiner har också en begränsad uppsättning handlingar att välja mellan och i ändå högre grad få möjligheter

att styra handlingarna i önskad riktning. Frågan är hur kraftiga dessa yttre begränsningar är, inom vilka och hur många områden, samt vilka "inre resurser" (t.ex. grundläggande tillit) som personen har att möta dessa yttre begränsningar med.

Ett illustrativt exempel på hur yttre svårpåverkbara förhållanden kan ha lagt grunden till en depressiv personlighetsutveckling utgör följande fall.

F var en kvinna som till en början var något tveksam till intervjun. Men när vi väl hade börjat samtala hade hon mycket att berätta. F hade sedan 14-årsåldern under långa perioder besvärats av ihållande huvudvärk. Hon har gått på ständiga läkarbesök p.g.a. huvudvärken och tiden innan den aktuella perioden remitterades hon av en privatpraktiserande läkare till Neurologen för detta. Från Neurologen hänvisade man henne till Samariterhemmet eftersom man ansåg att problemen hade att göra med hennes övervikt. Samariterhemmet remitterade henne i sin tur till psykiatriska kliniken.

Hon hade alltid trott att hennes nedstämdhet hade sin grund i huvudvärken. Men hon hade på sista tiden börjat inse att huvudvärken kunde vara en reaktion på andra problem. F betonar i intervjun att det är viktigt vad alla tycker om henne och att hon kanske lyssnar för mycket på vad andra säger. Hon säger vidare, att hon ej pratar med någon om sina problem (varken man, föräldrar eller någon annan). Föräldrarna har under hela tiden varit dominerande. Hon har känt att de ställt stora krav på henne och hon har haft små möjligheter att hävda sig. Till detta kommer att hon upplevt sig vara något nedtryckt av sin äldre syster. Hon menar, att hon aldrig haft någon riktigt nära vän. Hennes yrke inom sjukvården har modern bestämt. Systern hade tidigare arbetat på samma arbetsplats innan F kom dit och man tog då för givet att F skulle vara lika duktig som systern. Innan den aktuella perioden för ett par år sedan upplevde hon det som mycket besvärligt på arbetet. Stämningen var tryckt bland annat för att två av arbetskamraterna inte drog jämnt med varandra.

F berättade att hon under skoltiden varit mycket utsatt för mobbning vilket gjorde att hon fick ont i magen och kände sig mycket rädd. Mobbningen fortsatte på de första arbetsplatserna hon var på. F har alltid skyllt på huvudvärken och då framför allt inför de läkare hon kommit i kontakt med. Hon har även gjort det när hon ej haft någon egentlig huvudvärk. Hon har aldrig kunnat prata med någon om sina problem (relationsproblemen med föräldrarna, systern, arbetskamraterna och den allmänna otrivseln på arbetet) och då har huvudvärken varit ett medel att ta till. Det har varit lättare att göra så än att försöka röra vid det känsliga, F har varit mycket osäker på sig själv och haft behov av att alltid vara omtyckt. Hon har t.ex. aldrig vågat säga nej när någon bett henne göra något. Hon anser nu att huvudvärken då varit ett bra sätt att gömma sig bakom när hon inte orkat med tillvaron.

Jag träffade F igen ett par år efter den första intervjun. Hon hade under den mellanliggande tiden kontinuerligt haft samtalskontakt först med en psykolog och sedan med en psykiatriker. Hon var glad över att ha kunnat säga tack och adjö åt tablettburken. Det som känns viktigt för henne är att fortlöpande få prata om problemen med en och samma person. 'Det går inte att komma med samma nödlögner till samma person, det går ej att forcera mig, man måste vänta ut mig'.

F presenterade nu några ytterligare pusselbitar som gör att man förstår hennes problem bättre. Hon hade från början blivit överbeskyddad av sina föräldrar eftersom hon hade varit mycket sjuk som spädbarn. Samtidigt upplevde hon att det inte fanns tid för henne när hon växte upp. Föräldrarna hade jordbruket att sköta och hon fick syselsätta sig själv. F har sedan skoltiden ständigt lidit av att hon haft svårt för att läsa, skriva och räkna. Detta har starkt bidragit till hennes dåliga självförtroende. Det har varit speciellt problematiskt, eftersom hennes arbete krävt nogrannhet i just att läsa och räkna. Hon har hela tiden

trott att eftersom det stod på betyget att hon ej kunde räkna, så var detta för en gång givet.

F poängterar åter att hon tidigare dolde sig själv och problemen bakom huvudvärken. Hennes aggressivitet utåt har också spelat samma roll. 'Den som vänder vassa taggar utåt springer man inte på'. Det var först långt efteråt som hon kunde tala om att det varit jobbigt. Hon tycker att hon tidigare alltid gått sovande fram, nu har hon vaknat och upptäckt att det inte räcker med vad andra säger utan att hon måste se tillvaron med egna ögon.

De första levnadsåren kan för F:s del ha inneburit att hon ej fått en grundläggande tillit som är tillräckligt stark för att möta kommande besvärligheter med. Hon tycks inte ha givits möjligheter att pröva sina egna resurser (överbeskyddad) och när hon senare skulle pröva på nya handlingar fanns inte föräldrarna där som en trygg punkt. Systerns och skolkamraternas förhållningssätt innebar också att hon ej kunde känna sig säker när hon prövade nya handlingar. Andra yttre svårpåverkbara förhållanden, som antagligen inneburit fastlåsta handlingsmönster och reducerade handlingsmöjligheter, är hennes läs- och skrivsvårigheter i kombination med att hon fått ringa stöd i skolan, konflikterna på hennes arbete och de första läkarnas inställning till hennes "sjukdom".

Det som jag menar att undersökningsresultaten först och främst visar är, att den största risken för depression finns om man har tillgång till få handlingsmöjligheter *och* fastlåsta handlingsmönster. Men att döma av bland annat diskriminantanalysen tycks tillgången till handlingsmöjligheter vara den mest kritiska av dessa två dimensioner under den period då självaktningen hotas eller reduceras.

En annan viktig slutsats man kan dra av resultaten är, att de viktigaste objekten i sammanhanget är föräldrarna och partnern. Låt oss närmare studera just partnerkontakten och se hur fastlåsta handlingsmönster kan förhålla sig till få handlingsmöjligheter. Resultaten tyder på att kontrahenterna i ett förhållande där någon blir deprimerad ofta har dålig kontakt med varandra. Det är dock troligt att man inom vissa områden kan tala relativt öppet med varandra. Vad som är lättast att tala med varandra om är handlingar som mer anknyter till yttre förhållanden (den sociala nivån) än till inre, djupa, förhållanden (den personliga nivån). Frågor som har med känslor att göra, vad man upplever vara svårt i livet och hur man uppfattar att ens relation är kan däremot vara mycket svårt att ta upp i ett samtal. Det tragiska är att det område som man har svårast för att tala med varandra om är det som sedan har med depressionsproblematiken att göra. Det som utlöser denna och därmed reducerar självaktningen är i regel någon förändring av det som man kontrollerar mycket starkt. Man väntar sig att den andre alltid skall finnas i ens liv, att han alltid skall vara densamme som man först lärde känna, att han helt enkelt skall vara den trygga punkten i ens liv (den trygga punkt som man kanske saknat under uppväxten). Men man har aldrig talat om oron, om vad som kan hända eller om svårbemästrade känslor som kan utvecklas i förhållandet till varandra. Något händer (långsamt eller plötsligt) i någon eller bådas liv och då det verkligen behövs så vet man inte hur den andra känner och tänker, allt blir oförståeligt och man kan inte längre förutsäga något av den andres beteende. Den säkra självaktningen, som man åtminstone trodde sig ha, rasar snabbt i botten. De

handlingar och i sin tur handlingssekvenser som byggde upp självaktningen är inte längre tillgängliga, livet har förlorat sin mening.

Vad som sagts ovan menar jag är ett exempel på hur fastlåsta handlingsmönster föregår få handlingsmöjligheter i den depressiva processen (se schemat, t_2). När självaktningen hotas (t_3) är det viktigt att ha möjligheter till alternativa handlingar som ger självaktning. Det handlingsområde som hotas kan kanske vara svårt att göra något åt t.ex. p.g.a. alltför stark kontroll. Men dessa handlingars relativa betydelse reduceras om man har tillgång till andra handlingar som ger självaktning. Dessutom ger tillgången till många handlingssekvenser större möjlighet att förstå hur ens känslor hänger ihop med händelser som inträffat. Bara detta kan innebära, att man upplever hotet mot självaktningen mindre svårt.

Samtidigt måste man vara försiktig med att betrakta den depressiva personlighetsutvecklingen som en enkel process där en faktor föregår en annan. Som Becker tydligt visat handlar det om ett komplicerat samspel mellan många faktorer. Vi kan t.ex. se på frågan om "djup i föräldrakontakten". Dålig kontakt med föräldrarna kan tyda på att man tillägnade sig få handlingssekvenser i barndomen som i sin tur medförde alltför kontrollerade handlingssekvenser i vuxen ålder. Jag antar, att om man saknar djup kontakt med sina föräldrar i dag så är sannolikheten stor att man haft svårt för att tala om allehanda problem även tidigare. Vissa för det uppväxande barnet viktiga ämnen (t.ex. sexualitet, känslor, livet, döden) har det inte kunnat ta upp med föräldrarna och detta under en period av livet då förmågan att bygga upp handlingssekvenser utvecklas. Detta får dubbla konsekvenser, nämligen få handlingssekvenser att bära med sig till det vuxna livet och att pröva dessa i det yttre livet samt en bristande förmåga att lära sig nya handlingssekvenser. Det gäller då givetvis främst inom de områden som på något sätt varit tabu i samtalen mellan föräldrarna och barnen. Med denna bakgrund tror jag sedan att det är stor risk att man blir rädd för att pröva nya vägar i samlevnaden med en partner, vissa handlingssekvenser har med andra ord blivit alltför kontrollerade.

Om man lägger betoningen på den *depressiva* processen tror jag ändå att man kan hävda, att just bristen på handlingsmöjligheter är det väsentligaste när självaktningen hotas. Följande hypotes kan formuleras: *Man utsätts lättare för hot mot självaktningen om ens handlingsmönster är fastlåsta, men detta hot mot självaktningen leder inte till en depression om man har många handlingsmöjligheter.*[3]

Min poäng är, att det är nödvändigt att kunna se alternativ (att ha tillgång till handlingssekvenser) och att kunna utnyttja dessa alternativ (att ha tillgång till handlingar) när en ohållbar situation inträffar *oavsett* om dessa alternativ är fastlåsta. En helt annan poäng är sedan att begränsning av handlingsmöjligheter och fastlåsta handlingsmönster genererar varandra (se Beckers hypoteser, s. 131).

För att göra denna diskussion mer konkret kan vi se på ett fall där jag uppfattar att både en begränsad tillgång till handlingar och alltför stark kontroll av dessa haft betydelse för en depressiv utveckling.

P är en kvinna i 25-årsåldern som sedan 1971 varit deprimerad fyra-fem gånger. Hon fick diagnosen neurotisk depression, när hon var inlagd 6 veckor på psykiatriska kliniken. Den depressiva perioden hade sin grund i att P flyttade från sin dåvarande pojkvän. Hon fick i samband med detta huvudvärk och var lättirriterad. P sökte hos en neurolog för sin huvudvärk, denne remitterade henne till psykiatriska kliniken. P tyckte nog själv inte att hon behövde psykiatrisk hjälp, men fogade sig i neurologens råd. Även P:s f.d. pojkvän rådde henne att ta psykiatrisk kontakt.

P tog själv telefonkontakt med mig efter att ha fått introduktionsbrevet. Hon var angelägen om att intervjun skulle bli av och var orolig att vi ej skulle nå henne i bostaden. P lever nu ensam i en äldre stadsdel i Uppsala och arbetar sedan 4 år tillbaka som lågstadielärare. P har haft en besvärlig uppväxt. Föräldrarna skildes när hon var 2 år gammal och det har därefter varit ständiga problem med styvfadern. Styvfadern ägde en mindre affär och modern hjälpte till i affären. Det var ekonomiska problem med affären och även konflikter mellan modern och styvfadern, varvid modern blev deprimerad och även sökte läkarhjälp för detta. Det kan nämnas att P:s enda syster också varit deprimerad och haft psykiatrisk kontakt efter en skilsmässa.

Det föreföll som om P inte lyckats frigöra sig från moderns inflytande och att hon under hela uppväxten saknat en trygg fadersgestalt. Den pojkvän som hon levde samman med i början av 70-talet blev hela hennes liv. Han var polis och måste p.g.a. sitt yrke bosätta sig på annan ort. P följde med och inrättade sig helt efter pojkvännens liv. Han var mycket dominerande och svartsjuk. De bekanta de umgicks med var nästan enbart pojkvännens gamla kompisar, men oftast gjorde de saker enbart tillsammans de två. P:s problem har antagligen att göra med hennes behov att att få rå sig själv. För detta talar den positiva period hon nämner; för två år sedan hade hon nämligen flyttat från en annan pojkvän och in i den lägenhet hon nu hade. Hon tyckte det kändes skönt att få vara ensam och hon började träffa sin syster mer och mer. Hon kände sig fri att göra vad hon ville. Hon har nu skaffat sig många nya vänner och har en mängd nya fritidsaktiviteter som hon intresserar sig för. Går nu även i samtalsterapi hos en psykolog.

Den intervju som jag gjorde några dagar senare med P:s syster kompletterar bilden. Systern tyckte att P:s förhållande till pojkvännen utifrån sett verkade mycket bra. De gick helt upp i varandra, allt utanför hade ingen betydelse. Efter separationen träffade P flera 'märkliga' personer bland annat sin alkoholiserade far, som drog med sig P in i sina kretsar. När P träffade nya killar jämförde hon hela tiden dessa med sin gamla kille – ingen ny kille var bra. Under den depressiva perioden sökte P ofta upp systern. Hon var dock svår att nå fram till, men fann tydligen ändå någon form av trygghet i systern. P ville ej själv prata om problemen utan systern måste alltid själv ta upp det. Systern hade stora krav på P att inte dricka sprit. I samband med alkoholförtäring fick P kraftiga ångestkänslor. P var rädd att mamman skulle få reda på om hennes spritvanor. När P var deprimerad ville mamman inte ta kontakt med henne. Mamman var rädd att stå ansikte mot ansikte med problemen. Hon hade själv dåligt samvete eftersom hon fruktade att P hade tagit skada av styvfadern. Pojkvännen ringde upp mamman och berättade om depressionen och spriten. P tyckte givetvis inte om detta och kände att man misstrodde henne.

När jag frågar systern vad hon tror bidrog till att P kom ur depressionen framhåller hon att P kom in i en annan livsföring. P slutade umgås med de gamla kamraterna med sina omfattande spritvanor. Systern själv kunde disponera sin tid fritt efter sin egen skilsmässa och de kom varandra närmare. Systern nämner också att arbetet har haft en positiv inverkan. P har alltid varit omtyckt av barnen och deras föräldrar och arbetet har också tvingat P att vara alert.

Det förefaller som om P blev mycket uppbunden av sin pojkvän, hon fick aldrig möjlighet att utveckla sina egna handlingar. Hennes uppväxt tyder också på att

hon tvingats inordna sig enligt föräldrarnas liv i stället för att utveckla sitt eget liv. I Beckers termer bidrog moderns och pojkvännens starka förväntningar till att handlingssekvenserna blev alltför kontrollerade. Hennes rädsla och ångest i samband med spritförtäringen, hennes starka önskan att vara till lags kan ses som tecken på detta tillstånd. De yttre svårigheterna under uppväxten (moderns depression, konflikterna mellan styvfadern och modern, de ekonomiska problemen) torde bidragit till att hon lärt sig begränsa handlingarna och därigenom handlingssekvenserna. När brytningen med pojkvännen kom hade hon i stort sett inga egna vänner och inga egna intressen, d.v.s. hon saknade alternativa handlingar att ta till för att känna sig värdefull. Den utveckling som P genomgick efter de depressiva perioderna tyder också på att det hon saknade var handlingar som utgick från henne själv. Hon fick då en djupare, friare kontakt med systern och hon fick möjlighet att börja styra sitt eget liv.

Vilka problem utgör ett sådant hot mot självaktningen och/eller reducerar självaktningen att de leder till en depression? På vilket sätt påverkar dessa problem handlingsrepertoaren? Med utgångspunkt från frågan "dominerande problem" kommer jag slutligen att diskutera detta som kan kallas det sista steget i den depressiva processen.

Att *en nära anhörigs död* mycket lätt kan leda till en depression är ganska självklart. En objektförlust i Beckers termer, måste drabba en människa mycket hårt om objektet i fråga är väl förankrat i ens handlingar. Det är givet att en människa som man kanske levt samman med i flera årtionden ingår i en mycket stor del av ens handlingar. Ännu viktigare torde vara att denna person ofta hänger samman med många och för självaktningen viktiga handlingssekvenser. Vid en objektförlust, i synnerhet på äldre dagar, förlorar man både viktiga och säkra handlingssekvenser. Man har lärt sig att världen gestaltar sig på ett bestämt sätt och världen kan för måga i hög grad ha varit en livskamrat. "Vi gjorde så mycket tillsammans, men nu när han är borta finns det inget längre att leva för".

Problem i arbetet kan naturligtvis vara av skiftande karaktär. Man har i vår undersökning oftast nämnt konflikter med överordnade eller med arbetskamrater. Det torde då närmast vara kontrollen av handlingarna som berörs. Sysslor som man tidigare utfört utan några större klagomål godtas exempelvis inte längre. Den säkerhet man erfar genom att veta vad man kan och bör göra har gått förlorad och därmed kontrollen av handlingssekvenserna.

Somatisk sjukdom har de intervjuade inte speciellt ofta tagit upp som ett dominerande problem. En tänkbar orsak till detta kan vara att somatisk sjukdom i liten utsträckning berör kontrollen av handlingarna och handlingssekvenserna. Man kan i regel endera utföra handlingarna eller så är de omöjliga att genomföra, d.v.s. det påverkar i allmänhet inte beständigheten. Vad beträffar handlingssekvenserna kan motsvarande tes tillämpas. En somatisk sjukdom förändrar kanske inte så ofta förutsägbarheten av handlingarna. Genom sin sjukdom vet man att vissa handlingar kan man utföra som tidigare, andra handlingar kan man inte alls utföra. Problemen blir större när det dels är oklart över hur allvarlig sjukdomen är

och vidare när man har oklara relationer till sina närmaste. Man vet inte hur de kommer att reagera eller agera i den nya situationen. Den risken ökar naturligtvis när den somatiska sjukdomen på ett genomgripande sätt förändrar hela ens liv, d.v.s. när förlusten av handlingar är betydande.

En helt annan aspekt, som kan vara en anledning till att somatisk sjukdom inte så ofta leder till depression, kan sökas i den depressiva personligheten. Tillsammans med problemtyperna "förlust av anhörig" och "förlust av arbete" finns det inget som talar för att en allvarlig somatisk sjukdom antagligen har föregåtts av en depressiv personlighetsutveckling. Jag menar, att man ej kan anta att de med en depressiv personlighet lättare drabbas av en allvarlig sjukdom. Däremot kan man förmoda, att de med en depressiv personlighet exempelvis oftare riskerar att det uppstår problem i familjen. Samtidigt befinner sig naturligtvis en person i en svår position om hon drabbas av en allvarlig sjukdom *och* dessutom har en depressiv personlighet. Detta kan då innebära att hon har svårt att tänka sig nya möjligheter med sitt liv och har svårt att förstå omgivningens reaktion.

Separation från sin partner bedömer jag vara ett av de största, om inte det största, hotet mot självaktningen av tänkbara problem som kan drabba en människa. En separation innebär i allmänhet en genomgripande förändring av ens liv på många plan. Först och främst kan det ses som en objektförlust. Det är förlust av ett objekt som antagligen haft mest betydelse för självaktningen i både positiv och negativ bemärkelse. Det är ofta en person som man levt samman med i åtskilliga år och som man har träffat ständigt. Dessa båda omständigheter medför att objektförlusten i regel leder till förlust av en mängd handlingar. Allt som man brukade göra tillsammans finns inte längre tillgängligt på samma sätt. Många kvinnor som separerar förlorar också stora delar av sitt umgänge, eftersom detta till stor del var uppbyggt kring den f.d. partnern (se t.ex. fall P. s. 160). Förlusten av handlingarna i förhållande till partnern och förlusten av handlingarna som förmedlades genom partnern innebär i sin tur att tillvaron inte blir lika förutsägbar, d.v.s. man förlorar handlingssekvenser. Det kanske viktigaste i sammanhanget är att man omkring den andre har byggt upp en mängd säkra föreställningar om hur tillvaron skall gestalta sig. Partnern torde vara den person i ens liv till vilken risken är störst att man utvecklat alltför kontrollerade handlingssekvenser. Separationen i sig är ett tecken på att de tidigare bestämda förväntningarna har rasat samman. Genom separationen saknar man en grund att stå på, den grund som tidigare utgjordes av de mycket kontrollerade handlingssekvenserna i förhållandet till partnern. Separationen kan med andra ord ha föregåtts av en långvarig process som format en depressiv personlighet.

Problem inom parförhållande torde just vara uttryck för den process som föregår separationen. Den största skillnaden mot problemtypen separation är, att problem i parförhållande inte i lika hög grad innebär förlust av handlingar. Däremot kan tillståndet av alltför kontrollerade handlingssekvenser vara likartade för människor med båda dessa dominerande problem.Om vi utgår från att de människor som blir deprimerade p.g.a. problem i parförhållande har en depressiv per-

sonlighet, så har de i princip tre alternativ "att välja" mellan. De kan "välja" att låta det förbli vid det gamla och därigenom utveckla den depressiva personligheten mer och mer samtidigt som man kanske riskerar mindre allvarliga depressioner. Det andra alternativet är, att man väljer att separera med en trolig depression som följd. Det senare alternativet *kan* då innebära, att man så småningom kan börja forma ett nytt liv, d.v.s. man hejdar utvecklingen mot en mer utpräglad depressiv personlighet. Men följden av en skilsmässa kan likaväl leda till att man ytterligare förstärker den depressiva personlighetsutvecklingen (se fall O på s. 146). Det tredje alternativet för en person, som lever i ett förhållande som kännetecknas av ett fastlåst mönster av beteenden, förväntningar och känslor, är att försöka förändra detta förhållande. Men för detta fordras antagligen, att en tredje part kan bryta in och göra det lättare för partnern att lösgöra dessa hårt fastlåsta band. En nödvändig förutsättning är dock att de båda kontrahenterna önskar bryta det nuvarande förhållningssättet.

Det väsentligaste vid *familjeproblem* bedömer jag också vara förlust av handlingssekvenser, d.v.s. man har förlorat vissa förhoppningar knutna till familjen. Hur hårt detta drabbar en människa är sedan avhängigt den betydelse familjelivet har för självaktningen.

Vi har också en grupp människor som *inte* kan ange *något speciellt bakomliggande* problem till depressionen. En förklaring till detta kan vara den deprimerade personlighetens bristande självinsikt. Den deprimerade personligheten har genom åren alltmer kommit att begränsa sina handlingssekvenser till vad hon med bestämdhet kan förutse. Hon får därigenom ett mycket begränsat perspektiv på tillvaron och sig själv. Händer något, som inte ingår i hennes säkra handlingssekvenser, så får hon mycket svårt för att förklara detta för sig själv och i ännu högre grad för andra. Att söka förklaringar innebär att inta *olika* perspektiv och har man då endast ett perspektiv, som av någon anledning rasat samman, så finns det inga alternativa utsiktspunkter att granska sig själv utifrån. Detta måste vara speciellt svårt när den bakomliggande problematiken är mycket sammansatt och har sin upprinnelse tidigt i barndomen.

Vidare kan man anta, vilket jag nämnt tidigare, att det handlar om en självuppfyllande profetia. Denna tes om självuppfyllande profetia låter sig inte lika lätt förklaras i Beckers termer. Man kan dock se det som en mycket bestämd handlingssekvens med t.ex. betydelsen "om denna olustkänsla så kommer depressionen snart". Att en sådan typ av handlingssekvens får så stora konsekvenser kan bland annat förstås med hjälp av den först nämnda förklaringen, d.v.s. man kan inte förstå att man inte kan förstå.

En allmän slutsats man kan dra av det förda resonemanget är, att en reducering av självaktningen drabbar den människa hårdast som har begränsad tillgång av både yttre handlingar och handlingssekvenser. Jag har i detta kapitel försökt visa, att denna begränsning av handlingsmöjligheterna i regel har föregåtts av en social process där man haft svårt för att påverka de yttre förhållandena som i sin tur resulterat i alltför kontrollerade handlingsmönster. Det som sedan reducerat själv-

aktningen är förhållanden som inneburit förlust av handlingar och därmed handlingssekvenser.

De mest svårbemästrade problemen tycks vara de som i hög grad berör det inre livet, t.ex. "separation", "problem i parförhållande" och "familjeproblem". I dessa fall är kanske inte det viktigaste att man inte längre kan göra sådant man tidigare fann tillfredsställande, utan att ens inre liv har förändrats så mycket att man inte längre finner glädje och trygghet i de tidigare handlingarna. När det gäller dessa problem är det svårt för en annan människa att finna lösningar, eftersom förlusten av handlingssekvenser inte lika lätt låter sig sammanbindas med specifika handlingsförluster. Det torde just vara när hotet mot självaktningen är av *komplex* natur (inre och yttre) som det framför allt är viktigt att ha tillgång till många *handlingssekvenser*.

Noter

[1] Jag kunde likaväl hävda att analysen baserar sig på de variabler som var för sig differentierar mest mellan deprimerade och icke-deprimerade, eftersom rangordningen mellan dessa pekar på samma innehållsliga gruppering som diskriminantanalysen.

[2] Variabeln "bristande djup kontakt med partnern" behandlas på s. 154, "kravfylld partnerkontakt" på s. 153, "dominerande föräldrar" på s. 151 f, "varit med om svåra händelser" på s. 147 f och variabeln "osjälvständiga arbetsuppgifter" behandlas på s. 149 f. De övriga variablerna har jag inte tagit upp i den teoretiska delen. Den gjorda tolkningen av variabeln "varit deprimerad tidigare" grundar sig helt enkelt på att en depression enligt Becker utlöses av en objekt- eller handlingsförlust (se vidare s. 161 ff). En som varit deprimerad tidigare torde alltså i första hand ha reducerat sina handlingsmöjligheter. I empiridelen (s. 47) diskuterar jag ett par förklaringar till det överraskande resultatet på frågan "om man tog initiativ till sociala aktiviteter". I det här sammanhanget finner jag ingen tolkning vara mer rimlig än någon annan, därav frågetecknet. En partner som man inte uppfattar som betydelsefull (variabel nr 7), menar jag, kan inte bidra med många utgångspunkter för handlingar. Att modern yrkesarbetat under ens uppväxt är givetvis inte något man själv kunde göra mycket åt. En konsekvens av detta kan ha blivit att man inte fick hjälp och stöd att lära sig nya handlingar, d.v.s. handlingar med en viss beständighet (se vidare s. 55 f).

[3] Hypotesen kan ses som en precisering av den hypotes som formulerades utifrån Beckers teori och där ingen prioritering gjordes mellan fastlåsta handlingsmönster och få handlingsmöjligheter (se s. 130).

11 Att sakna möjligheter

En människa som blivit deprimerad upplever ofta att hon saknar möjligheter. Hon känner att hon inte kan göra något meningsfullt av sitt liv och hon saknar förmåga att påverka människorna i sin omgivning. Den deprimerade känner ofta att hon överhuvudtaget saknar möjligheter att göra sådant hon tidigare fann tillfredsställande. Denna känsla av maktlöshet och hjälplöshet uppstår inte i ett socialt tomrum. Den deprimerade människan *upplever* inte bara att hon saknar möjligheter, hon *har* också oftast begränsade möjligheter att forma ett meningsfullt liv.

Det handlar naturligtvis inte om ett enkelt samband, utan det som jag kallar människans inre liv (upplevelser, erfarenheter m.m.) och människans yttre liv (handlingar) påverkar varandra i ett komplicerat växelspel.Man får inte heller bortse från att människan *både* är en social och en biologisk varelse. Jag tror inte att man kan vara biologiskt disponerad för just depressioner, men däremot att man i biologiskt avseende kan ha olika förutsättningar (t.ex. olika aktivitetsnivåer) att klara av svåra stressituationer.

Vad jag tagit fasta på i denna avhandling är på vilket sätt tidigare erfarenheter medfört att vissa människor haft svårare för att klara av ett personligt problem. Det som intervjuundersökningen har inriktats på är de erfarenheter som härrör från sociala relationer och aktiviteter tiden omedelbart före en depression. Vilka förhållanden leder till att ens handlingsmöjligheter i det yttre livet begränsas och att man förlorar tron på sina egna möjligheter? Om man begränsar sig till frågan om depressioner pekar den gjorda undersökningen på att förhållandet till partnern är viktigast. Resultatet är inte överraskande, eftersom partnern i regel är den person som man umgås mest med och som i de flesta fall betyder mest för ens självaktning, d.v.s. en stabil känsla av att man själv har ett värde. Förlust av självaktning är det som utlöser depressionen. Självaktningen byggs upp genom att man får erfara att man är herre över sina egna handlingar. Om det då är den andre som främst bestämmer vad man bör göra och hur man bör leva är det ganska givet att vad man gör och vad man tror sig kunna göra begränsas. Denna begränsning av möjligheterna är ganska vanlig bland människor som blir deprimerade. Det är inte alls säkert att detta har uppstått i kontakten med partnern. Tvärtom förefaller det troligt att en sådan begränsning av handlingsutrymmet ofta har grundlagts redan under uppväxten. Det är människor som under barndomen haft svårt för att pröva sina egna resurser, t.ex. p.g.a. föräldrarnas starka inflytande, som sedan också får det svårt att göra detsamma i förhållande till en partner. Går man svag in i ett förhållande är det stor risk att den begränsning man har och som man upplever av sina *egna* handlingsmöjligheter ytterligare befästs. I början av en bekantskap kan t.o.m. många uppfatta det som positivt att *binda upp* sig till en annan människa p.g.a. att man själv har tillgång till begränsade handlingar. Men just det-

ta att betrakta andras, och även sina egna, handlingar som mycket säkra utgör en stor risk när man hamnar i en svår situation. Har man lärt sig att se den andre på ett mycket bestämt sätt finns inga alternativa möjligheter att förstå sammanhangen när något oväntat händer i den enes eller bådas liv.

I undersökningen framkom det också att en stor andel av dem som blev deprimerade hade haft svårt för att tala öppet med sin partner. Kan man inte prata med varandra tror jag man saknar ett viktigt medel för att även förstå sin egen situation, d.v.s. ens möjligheter är begränsade. "Varför behandlar han mig på detta sätt, vad gläds han mest åt, vad oroar honom och kan jag prata om det som oroar mig?" Kan man nå varandra i dessa viktiga avseenden kan man också lättare förstå varför den andre reagerar på ett annorlunda sätt, eftersom man lärt känna en *hel* människa. Man kan då även lättare utvidga sina egna möjligheter, d.v.s. man får lättare för att se tillvaron ur flera perspektiv.

Det jag hittills tagit upp har handlat om förhållandet till partnern och i viss mån till föräldrarna. Det är dock viktigt att betona, att resonemanget kan överföras på alla människor som upptar en betydande del av vårt liv, t.ex. arbetskamrater. Arbetet är naturligtvis för de flesta ett mycket viktigt verksamhetsområde. Har man i sitt arbete tvingats begränsa sina handlingsmöjligheter löper man antagligen större risk för att bli deprimerad både i och utanför arbetet. I vår undersökning fann vi att de som varit deprimerade i högre grad haft osjälvständiga arbetsuppgifter. Ett annat dominerande verksamhetsområde under en stor del av ens liv är skolan. Frågor om skoltiden fanns inte med i undersökningen, men jag tror att många där tas ifrån tron på sina egna möjligheter.

Förhållanden i familjen, i vänkretsen, i skolan och på arbetet kan alltså resultera i att man på olika sätt begränsar och/eller tvingas begränsa sina handlingsmöjligheter både i det inre och yttre livet. När man förlorar en stor del av sin självaktning är förutsättningarna betydligt mindre att man skall bli deprimerad om man har tillgång till många handlingsmöjligheter och tro på många handlingsmöjligheter. Förlusten av självaktningen är oftast en följd av att man inte längre kan göra det man tidigare fann tillfredsställande. Har man då andra tillfredsställande handlingar som man kan välja så känns naturligtvis inte förlusten lika svår. Man kan helt enkelt bygga upp självaktningen på annat sätt. Har man drabbats av den känslomässiga förlamning och handlingsförlamning som depressionen innebär, så har man också betydligt svårare för att ta sig ur den om man har få möjligheter. Det blir lätt att man hamnar i en ond cirkel: få handlingsmöjligheter — bristande tro på sina egna möjligheter — rädsla för att pröva på nya handlingar — ytterligare begränsning av handlingsmöjligheterna etc. Till slut finner man situationen ohållbar, livet har totalt förlorat sin mening och man sjunker ner i en djup depression.

Det finns naturligtvis förhållanden som man inte, eller i liten grad, själv kan råda över och som begränsar ens handlingsmöjligheter. Till dessa yttre svårpåverkbara förhållanden kan härföras det man brukar kalla det sociala arvet. Det som verkar viktigt, åtminstone när det gäller risken att i vuxen ålder bli deprimerad, är om man under sina första levnadsår fått utforska världen under trygga om-

ständigheter och om man uppmuntrats att pröva på nya handlingar. Har man en socialpolitisk utgångspunkt är frågan vilka sociala grupper som har sämre möjligheter att ge sina barn stimulans och en grundläggande tillit. Jag ämnar inte försöka ge något svar på denna fråga här.

I vår undersökning fanns bl.a. en fråga som berörde yttre svårpåverkbara förhållanden. Vi fann att de som senare blev deprimerade i högre grad än andra varit med om svåra händelser vilka de själva haft små, om några, möjligheter att göra något åt. Några av dessa händelser kan sägas vara direkt beroende av samhällsförhållanden. Jag syftar då i första hand på svårigheter att få arbete och att få påbörja en önskad utbildning. I övrigt har jag i mitt arbete i liten utsträckning tagit upp begränsning av ens möjligheter som är en följd av samhällsförhållanden. Frågor som jag tror är viktiga att ställa i det här sammanhanget är bl.a.: Vilket inflytande har man över sin arbetssituation, hur kan man påverka sin boendesituation och vilka dominerande föreställningar sprids t.ex. genom masskulturen om vad som är "det goda livet"? Ett sätt att i ett vidare samhällsperspektiv förebygga depressioner borde vara att utvidga möjligheterna för individen att påverka arbets- och boendesituationen. Ett annat sätt borde vara att inom den breda kulturens ram verka för att inte bara *ett* sätt att leva anses vara det bästa.

Om vi återgår till den socialpsykologiska inriktning detta arbete har finns det andra typer av förebyggande åtgärder som jag finner angelägna att närmare utveckla. Många av de åtgärder jag nämner kan säkert utläsas ur andra teoretiska inriktningar. Den första åtgärd jag berör kan dessutom knappast hänföras till Beckers teori. Jag tror, att med det samhällsmönster vi har idag, är det nödvändigt att "samhället" försöker fånga upp människor som befinner sig i vanliga krissituationer, t.ex. vid skilsmässa, dödsfall och allvarliga sjukdomar. Vad som i princip skulle krävas är att man får hjälp någonstans att bearbeta sina problem, om det inte är möjligt för närstående att bidra med ett tillfredsställande stöd. Hur en sådan verksamhet organisatoriskt skulle vara utformad leder för långt att här gå in på, men jag tror det är viktigt att den *inte* är förlagd till större sjukhus eller kliniker. När det gäller både den förebyggande verksamheten och vård av människor som blivit deprimerade, anser jag, att den i så stor utsträckning som möjligt bör förläggas till den miljö där problemen är som mest kännbara. Skälet är helt enkelt att man själv lättare kan förstå problemen och att även andra ("de professionella vårdarna") kan göra det, eftersom man i allmänhet fått erfarenheterna som ligger till grund för eller som befäst depressionen just i denna miljö. Vidare tror jag, att det trots allt är där man har kvar "en gnutta" av säkerhet som gör det lättare att arbeta sig igenom depressionen. Det är också i den vardagliga miljön man slutligen måsta bygga upp *nya* handlingar, nya möjligheter att leva.

Vilka allmänna terapeutiska slutsatser kan man dra av den förda diskussionen? Jag tror, att det är väsentligt att kartlägga och blottlägga de föreställningar man har om sig själv och andra *samt* försöka relatera dessa föreställningar till sitt sociala ursprung. Man skulle då lättare kunna skönja de mekanismer som låg bakom depressionen och därigenom lättare finna en väg ut ur handlingsförlam-

ningen. En förutsättning för att det sistnämnda skall lyckas är att det finns ett *alternativt liv* att återvända till. Detta kan man bättre säkerställa om anhöriga och nära vänner ingår i den terapeutiska processen. De skulle också lära sig förstå depressionens bakgrund och sedan också kunna ge alternativ till hur relationerna kunde förbättras. "De professionella vårdarna" borde vidare hjälpa och stötta dem som varit deprimerade med att utveckla nya sociala kontakter, intressanta fritidsaktiviteter och skaffa ett arbete som gav utrymme åt egna initiativ (hur nu det senare skulle gå till). Under hela det terapeutiska arbetet är det även viktigt att försöka bygga upp människans tro på sina egna möjligheter, d.v.s. att man har ett eget *värde* och att man *kan* göra något meningsfullt av sitt liv.

Summary

Introduction

Depression is a very common diagnosis in out psychiatric hospitals and presumably also one of the most usual psychological problems in our society. Nevertheless, sociological and psychological research in this field has been neglected in comparison with research on problems such as schizophrenia and alcoholism. My choice of a *sociological* approach to depression is connected with my assumption that depressions are determined, to a greater or lesser extent, by conditions in the social environment. Or, to put it another way, under certain social conditions people are more inclined to suffer depression. The social conditions upon which I have focused in this study are: social relations, the work situation and leisure-time activities. In this context my research has been on the social-psychological level.

The dissertation consists of two parts, an empirical and a theoretical, which are relatively independent of one another. The empirical part is based on an extensive series of interviews with a group of discharged patients and a control group. The results of the interview study are reported and analysed in three stages: a comparison between depressed and non-depressed people, a comparison between depressed people who have sought psychiatric help and depressed people who have not sought such help and, finally, a shorter comparison between depressed patients with different diagnoses.

The point of departure for my investigation has been the theory of depressions suggested by the American sociologist and anthropologist Ernest Becker. I chose Becker's theory for the following reasons: it is multi-dimensional, it corresponds to my own experience of depressions, it brings together several theoretical approaches and welds them into a systematic whole, and it regards man first and foremost as an acting being (determined by, and determining, his social conditions in a historical perspective). The first chapter in the theoretical section consists of a detailed and comprehensive analysis of Ernest Becker's theory. The theoretical part of the work also includes an interpretation of my research results. In these chapters one could say that Becker's theoretical assumptions have played as important a role as the findings from the interviews. In other words the theory and the empirical results are singularly well interwoven. At relevant points in both halves of the book I refer to a series of case studies.

1 What is meant by depression?

Everyday language has many ways of referring to a state of depression. We may say that we are feeling down, or low, or fed up, depressed, gloomy or blue. And the use of different expressions is not the only problem; an even greater problem is that the same word can have different meanings. Someone may say he is depressed for a few hours because he has had a bad day at work; others claim that before we can speak of depression there must be a serious state of illness (biochemical or hereditary defect) which has passivated the subject's whole existence over a long period of time. These extreme definitions of depression have their equivalents in the scientific sphere. Although the positions are not as far from one another as in the example quoted, there are big differences between the various scientific schools in the way depression is explained. But there is considerable agreement about the way it manifests itself: the subject is in a state of low spirits lasting several days and making it difficult for him to carry out his everyday tasks.

I describe four approaches to depression. The first of these is the medical approach, which dominates in out psychiatric hospitals. Here there are two main schools of thought. One distinguishes between endogenous and exogenous depression , i.e. it is assumed that some depressions are internal in origin while others depend mainly on external circumstances. According to the other school it is not possible to distinguish between internal und external causes. Neither of these variations of the medical approach have a very clear theoretical base. My project work started from the problems of endogenous/exogenous depression, and this has affected the definition of depression used in the interview study. In fact I have tried, in considering the nature, the length and the intensity of the depression, to approach as close as possible to a medical definition. The second approach which I present, the psychodynamic, has strongly influenced the development of a theory of depression. The emphasis here is on frustrations experienced during childhood and adolescence. The psycho-dynamic approach is one of the fundaments in Becker's theory. The third approach discussed in the present paper is the behavioural approach. Here the emphasis is on the concept of learned helplessness. Marked similarities between Becker's theory and the behavioural approach can be noted. The fourth approach which I introduce is Becker's theory. In my review of the different approaches, this theory is presented in the form I first came across it, i.e. in a simplified version in which I define some concepts which are used in the interpretation of my results. These concepts can be summed up in the following proposition: *if a person has a depressive personality,* which is characterised by *loss of ability to undertake a range of actions,* there is a great risk of becoming depressed if *self-esteem is reduced.* The reader should note here that little attempt has been made to anchor the interpretations suggested in the empirical section to any theory. They are chiefly intended as pointers towards the subsequent theoretical analysis.

2 The interview study—methods and selection

The primary focus of the interview study was *the importance of access to activities and social relations in depressive disorders*. The questions in the interviews were semi-structured. Most of them were designed in such a way that, with the help of key-words and unstructured questions, they would cover certain chosen dimensions, namely: dominance, demands, deep and meaningful contact, and social activity and initiative to social activity. I tried to check the reliability of the questions in three ways: by analysing the content of the questions, by carrying out reliability tests, and by talking to relatives or other close contacts of the interviewees. From these latter talks the most surprising tendency that emerged was that the depressive patients were more positive in their assessments of the situation than their relatives were. This result suggests that the patients had certainly *not* exaggerated their earlier problems; if anything the opposite was true.

Interview subjects were chosen from among people who had sought psychiatric help because of depression, and among people in the same catchment area who had not been in contact with the psychiatric clinic. After the interviews, the control group was divided into "depressed in the control group" and "non-depressed". There were 51 depressed people in the control group, and 124 people who appeared not to have been depressed during the past five years. The number of former patients interviewed was 67.

To be clasified as depressed in the control group, certain conditions had to be fulfilled. The main criterion was Zung's rating scale (designed for WHO). It turned out that 29 % of the people in the control group could be said to have been depressed. This percentage may appear high, but we should remember that the control group was specially selected. It had to correspond to the depressive patient group as regards sex (80 % women), place of residence and age. Non-responses amounted to 27 %. I suggest that the differences between depressed and non-depressed would probably have been greater if all the subjects could have been interviewed.

3 What characterises those who become depressed?

One of the most dominating tendencies revealed by the study was the very high proportion of depressed women. I interpret this result in terms of sex roles and cultural expectations. Certain role losses hit women harder than men, for instance the loss of the parent role and the spouse role. Also, in our culture, female depression is accepted more than male depression. Moreover men can presumably cope with their disappointments differently, by becoming aggressive or starting to drink strong liquor, for example. Another interesting result regarding background factors was that the depressed had experienced many more stressful events than the non-depressed. I discuss two general explanations of this: (1) stressful events lead to (cause or precipitate) depression, (2) the depressed personality is more often involved in stressful events.

Referring to the time immediately preceding the depression, the biggest differences between the groups concerned relationships with partner and parents. Almost half the group of the depressed (including the patient group and the depressed persons in the control group) perceived their partner relationship as very demanding during the period before a depression, as opposed to 14 % of the non-depressed prior to a negative period. I interpret this result from two angels—one, in light of concrete demands from the other person or persons, and the other in the light of perceived demands. The question of depth in partner contact was one of the points that differed most between the depressed and the non-depressed. Barely half the depressed, as opposed to about 9/10 of the non-depressed, said they could talk to their partner about almost anything. The statistical correlation between this variable and the previous one, demands in the partner relationship, is very slight.

I assume that if people are unable to talk to one another, this in itself limits their range of possible actions—in this case the chance to discuss possible alternatives of resolving a crisis, of giving or receiving support, and of discovering together how the problems may have arisen. The depressed also had poor depth-contact with their parents. Somewhat surprisingly the correlation with "depth in partner contact" was small. I therefore assume that this ability to achieve deep contact with other people is not something absolute that you either have or do not have.

I had expected to find big differences between the group of the depressed and the group of the non-depressed as regards the number of acitivities to which people devoted themselves, how many *social* activities they had and how many leisure-time contacts. But results showed that the differences were small between the groups in all these three respects. My general conclusion here was that the importance of the leisure situation for self-esteem is insignificant compared with the partner relationship and the realtionship with parents. At the same time I show, among other things with the help of case studies, that in individual cases the social contact network outside the family may be of very great importance. Nor did many questions regarding the work situation reveal significant differences between the groups. It appeared, however, that 70 % in the group of the non-depressed felt that they had a responsible job in which they could act relatively independently, as against 53 % only in the group of the depressed. I offer three possible explanations which are not necessarily mutually exclusive: that depressive personality traits have "infected" the perception of the work situation, that people with depressive personalities tend towards non-responsible jobs, and that non-responsible tasks favour the development of depression.

One important part of the interview was left unstructured. After the subjects had recalled a depressive or negative period, they were asked to talk about the time before the depression set in. Separation seems to be one of the most common factors behind a depression. The work situation does not appear to have been particularly common as the direct cause of a depression in the patient group, although in the control group it had more often preceded a depressive or a negative period.

I have used discriminant analysis, a statistical method which makes it possible to study more closely which variables hang together, or which appear to represent similar underlying factors. "Depth in partner contact" is the variable whose variance, more than any other, includes other variables' variance. I suggest three possible explanations of this result. Starting from the discriminant analysis, I also studied every case where the subject had been depressed although one would not have expected it from the pattern of the variables. It was possible to distinguish two main groups here: 1) not many of these people appeared to have particularly marked depressive personalities, but a serious event or crisis had apparently greatly affected their self-esteem, 2) or they seemed to have a low level of self-esteem and were therefore very sensitive to strain.

4 What characterises depressed people who seek psychiatric help?

The biggest differences between the depressed people in the control group and the patients proved to be the way in which the *depression is resolved.* On the other hand, the difference between the two groups is not particularly great as regards variables referring to conditions *before the depression.* As regards this last type of factor, however, there generally seemed to be *more* negative factors of importance to depression in the patient group than in the depressed subgroup in the control group. And it was then mainly a question of the partner relationship. The result also suggests that the patients' difficulties (the type and extent of the problem) were generally greater than the difficulties of the depressed people in the control group.

It seems to me that the results are interconnected. If two people have a relatively uncomplicated relationship it is naturally easier for them to discuss common or personal problems. The need to turn to someone outside will not be as great. And in any case a smooth relationship with a partner probably also means that it is easier to turn to other acquaintances for help. The results of the investigation suggest that this is the case for many depressed people who decide not to seek pshychiatric aid. Another group of people who do not seek psychiatric help appears to have better opportunities, in comparison with the depressive patients, of compensating for difficulties in family life by the possession of stimulating work. At the same time the problems of the depressed people in the control group are more often concerned with the work situation, which may mean that such problems are not generally as serious in their consequences as problems in the family. We can also see the deeper depression of the patients as the result of a negative partner contact and of difficulty in finding other support in the environment. The deep depression is of course in itself a sign that the sufferer cannot see any solution to the problem; he is being pushed further and further into a state of passivity and self-pity.

The above results probably explain why many depressed people do not seek

psychiatric help. But other results (among other things the comparatively poor prediction obtained in the discriminant analysis) suggest the existence of several other factors which have not been included in this study but which do affect the decision to seek or not to seek psychiatric help in case of depression. I refer chiefly to factors connected with ideas about psychological problems (depressions) and attitudes to psychiatric care.

5 What characterises depressed people with different diagnoses?

This chapter starts with a review of psychiatric research, particularly that based on a dichotomous classification of depressive states. I then present a general criticism of this type of research. The following critical points are discussed: 1) inadequate control of social factors, 2) absence of any form of social or cultural analysis, 3) no discussion of levels (biochemical level—individual level—social level), 4) uncertainty as to whether "precipitating events" represent a sufficient, a necessary or a contributory factor in the development of depressions, 5) little consideration of the subjective character of the precipitating events.

At the end of this chapter I discuss some notable differences between diagnosis groups in my study material. One interesting result is that people with a diagnosis of endogenous depression claim to have experienced more stressful events than the reactive patients among those with exogenous depression. In particular it is events which are more difficult to pin down exactly that are common among the endogenous patients. Otherwise the present study provides no support for the dichotomous classification into endogenous and exogenous depressions. No significant differences have emerged between the two diagnosis groups with regard to any of the studied variables.

6 Ernest Becker's theory

The analysis of Becker's theory is intended as the pivot of this dessertation. After each main section I have abstracted what, in the relevant context, represents the main point in relation to depression. Becker often makes comparisons between schizophrenia and depression, and it is therefore impossible to ignore his discussion of schizophrenia.

For this reason I decided to include schizophrenia in my scheme, but without discussing the state in any great detail. Thus, in this chapter, I try to show how Becker has arrived at his main theses, of which the following are among the most important.

Abstract of Becker's main theses

	The depressed person	*The schizophrenic person*
a. Our ontological position as human beings	Too much Agape (i.e. desire to accommodate oneself)	Too much Eros (i.e. desire for self-assertion)
b. Culture-society	Society champions a limited range of objects for actions	Culture provides too wide a range of actions
c. Objects	Participates in few meaningful relations. Too bound by his relationships	Participates in few meaningful relations. Too little bound by his relationships
d. Actions	Access to a limited range of actions.	Tries many actions
	Too strong control over actions	Too little control over actions
e. Ego	Not ego-strong (ego can deal with a limited range of behaviour)	Weakly developed ego (ego deals poorly with behaviour)
f. Meanings	Access to few meanings	Access to many meaning-games and diffuse meanings.
	Too strong control over meanings	Too weak control over meanings
g. Human motives	Striving for the least possible anxiety	Striving for the highest possible self-esteem
h. Doing–undergoing	Limited external and internal activity	Too much internal activity at the expense of external activity

7 Definition of five main concepts

The following five main concepts, borrowed from Becker's theory, are used in the theoretical analysis of the results of the study:

1) Meaning: a vocabularly of choice, or a preparedness for action in relation to a specific object.
2) Control of meaning: degree of predictability (security) we find in a particular meaning.
3) Action: an action that we usually carry out in relation to a specific object.
4) Control over action: how lasting is the action we usually take in relation to a specific object.
5) Objects: the people who have some implications for our self-esteem.

8 External circumstances that restrict our possibilities

Our access to a wide range of varied actions is naturally dependent on external circumstances which it may be difficult for us to influence. What actions are championed by our culture? What actions are open to people with particular social origins? What actions are we unable to do anything about? To simplify our discussion of this type of question, I have classified the external circumstances that restrict the scope of our actions as follows:

a) dominating social patterns,

b) individual external events over which we have no influence, and

c) external situations in which we are completely dependent on others.

A general conclusion I draw from the discussion of dominating social patterns, is that the people most likely to command a wide range of varying actions are those who can exert influence over the social *process* and who, furthermore, do not find present conditions sufficiently satisfactory. One result of the study which I interpret in terms of dominating social patterns is the tendency for more women than men to become depressed. What conditions and attitudes, depending on whether one is male or female, can affect the development of depression?

Typical women's jobs are often underpaid; they carry less status and provide fewer chances of influencing the work process. Such restrictions serve in various ways to limit the scope for action and thus, among other things, the opportunities for achieving self-esteem. Under the heading "individual external events over which we have no influence", I find that depressed people are more likely than others to have been exposed to what we can call difficult or stressful situations. External situations which I define in terms of "strong dependence on others" are: parents have been depressed, parents have dominated during childhood and adolescence, job lacking in responsibility.

9 Fixed actionpatterns and a limited range of action opportunities

In this chapter I try to show the link between a person's social life and the way he perceives his existence (his inner life). A distinguishing feature of people who are easily depressed is that their actions and, thus, their vocabulary of choices, have been adapted to their parents' frame of reference. When choice vocabularies are determined to a great extent by the earlier actions of parents, there is a greater risk that self-esteem may later be threatened. In many cases the ways of achieving self-esteem that people learnt from their parents are no longer viable in today's society.

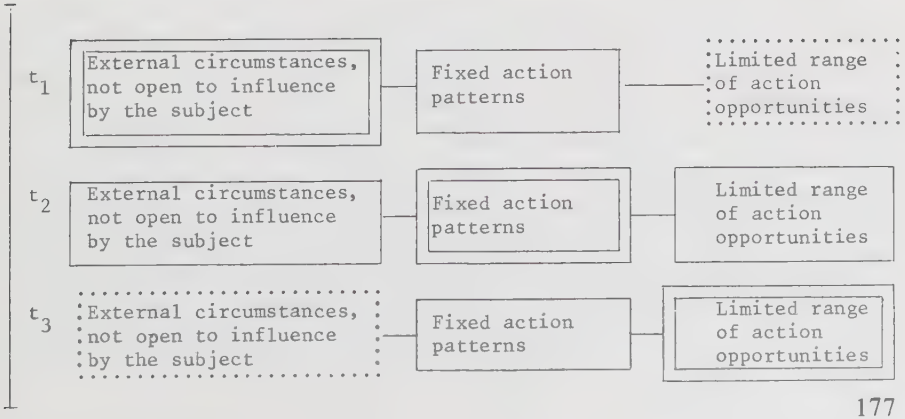
Many of the depressed, in comparison with the non-depressed, had experienced heavy stressful demands from their partners during the period before depression set in. I maintain that a demanding relationship can contribute in many ways to

the development of depression. If one partner has definite views about how the other one should run his life, obviously the second partner's scope for action is limited thereby, i.e. he has access to a limited range of action. Furthermore the demanding relationship implies very definite expectations concerning his behaviour. In other words there is little he can do to change his range of available actions himself. And the actual feeling of pressure makes him quite simply accept that certain action alternatives are the only right ones. His partner's concrete demands in themselves would hardly have so much import if he was able to find other possible ways of actions. In other words he would not experience the demands so strongly inside himself if he had access to many meanings.

Inadequate depth contact with the partner also proved to be a characteristic of depressed people. In this context I discuss mainly the way in which poor contact with the partner, man or woman, can lead to a depressive personality development. It can even result in loss of meanings which has immediate consequences. If a person finds it difficult to talk openly with his partner, then he presumably also lacks a clear understanding of the other's peculiarities. When his partner expresses difficult or unexpected feelings, or behaves in a way that is quite new, our subject will find it difficult to see the connection, i.e. he suffers a loss of meaning. Furthermore, the lack of depth contact can reinforce a depressive development which, to start with, had nothing to do with the partner. If someone begins to feel low, a feeling of loneliness in the presence of someone else represents a further cause for dispair. And, lastly, when contact is poor it is more difficult for the other person to see connections and it is impossible for him to break the depressed person's paralysis.

10 The depressive process

In the analysis of Becker's theory, many factors have emerged which can help to determine whether or not a person will become depressed. But so far we have said nothing of the relative positions of these factors, either in time or importance. In this chapter I present a model in which I assume that different circumstances dominate at different times in the depressive process.



The table shows in time sequence the process which leads to a risk of becoming depressed. The crucial factor in each period has been indicated by double lines, the next most important by single lines and the least important by dotted lines. What is missing in this scheme of the depressive process is the last precipitating factor which determines the onset of depression, namely the threat to or reduction in, self-esteem.

Reduction in self-esteem strikes him hardest who has a limited range of both actions and meanings. In this chapter I try to show that this limitation of action opportunities has generally been preceded by a social process, in which the subject has had difficulty in influencing external circumstances, which in turn has resulted in too controlled an action pattern. What has then reduced self-esteem has been the circumstance involving loss of action and, therefore, of meaning. The problems that are most difficult to cope with appear to be those which touch profoundly upon the inner life, e.g. separations, problems in the partner relationship, and family problems. In these cases the important point is not perhaps that the subject can no longer do what he previously found satisfying, but that his inner life has changed so much that he can no longer find happiness and security in these earlier action patterns. In the case of problems such as these, it is difficult for another person to find solutions, since the loss of meanings cannot as easily be linked to specific ation losses. It is probably just when the threat to self-esteem is of a *complex* nature (internal and external), that it is particularly important to have access to many meanings.

11 To lack opportunities

In this final chapter I try to bring together in a more comprehensible way the different threads from the empirical and the theoretical sections. It is a question of lacking opportunities *because of external circumstances,* of restricting *one's own* opportunities in everyday life, and of *believing* that opportunities are lacking. I suggest that the interaction between these three levels is a very important factor in the factor in the development of depression. I discuss very briefly what conclusions can be drawn from the analysis, which could also be useful in therapeutic contexts. It is difficult to draw any *specific* therapeutic conclusions from Becker's theory, and the first point I discuss cannot in fact be linked directly with his theory. I maintain that, given our present social patterns, "society" must try to catch people involved in the "ordinary" crises of life, such as divorce, bereavement, and serious illness. It seems to me very important to chart and lay bare the subject's ideas about himself and others, and to try to relate these ideas to his social background and situation. The "professional" helpers should also back up and support those who have been depressed in developing new social contacts, arranging interesting leisure-time activities, and finding—if such a thing be possible—work which gives scope for initiative. Throughout the therapy it is important to try to build up the patient's belief in his own possibilities, i.e. to make

him believe he has a *value* of his own and that he *can* make something meaningful of his life.

Refererad litteratur

Alvarez, A. *När livet mist sin mening.* Orginalets titel: The Savage God (1971). Rabén & Sjögren, Stockholm 1974.

Akiskal, H. & McKinney, W. Depressive Disorders: Toward a Unified Hypothesis. *Science,* 182, 1973, s. 20—29.

Akiskal, H. & McKinney, W. Overview of Recent Research in Depression. *Archives of General Psychiatry,* 32, 1975, s. 285—305.

Bart, P. The Sociology of Depression. I Roman, P. & Trice, H. (ed.): *Explorations in Psychiatric Sociology,* F.A. Davis Company, Philadelphia 1974, s. 139—157.

Beck, A. *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects.* Harper & Row, New York 1967.

Becker, E. Toward a Comprehensive Theory of Depression: A Crossdisciplinary Appraisal of Objects, Games and Meaning. *The Journal of Nervous and Mental Disease,* 1962, 135, s. 26—35.

Becker, E. *The Revolution in Psychiatry. The New Understanding of Man.* Free Press, Glencoe 1964.

Becker, E. *The Birth and Death of Meaning. An Interdisciplinary Perspective of the Problem of Man,* (1962). Free Press, New York 1971.

Becker, E. *Dödens problem.* Orginalets titel: The Denial of Death (1973). Vänersborg 1975.

Benton, R. The Structure of the Depressive Response to Stress. *American Journal of Psychiatry, 128, 1972, s. 1212—1217.*

Berg, L-E. *Människans födelse.* En socialpsykologisk diskussion kring G.H. Mead och J. Piaget. Korpen, Göteborg 1976.

Bibring, E. The Mechanism of Depression. I *Affective Disorders,* Greenacre, P. (ed.). International Universities Press, New York 1953, s. 13—48.

Blinder, M.G. The Pragmatic Classification of Depression. *American Journal of Psychiatry,* 123, 1966, s. 259—269.

Braff, D.L. & Beck, A.T. Thinking disorder in depression. *Archives of General Psychiatry,* 31, 1974, s. 456—459.

Bratt, N. *Den tidiga jag-utvecklingen.* Orginalets titel: Den tidige jeg-udvikling (1972). Bonniers, Stockholm 1975.

Brisett, D. Toward a Classification of Self-Esteem. *Psychiatry,* 35, 1972, s. 255—263.

Brown, G.W., Sklair, F., Harris, T.O. & Birley, J.T.L. Life-events and psychiatric disorders. Part 1: some methodological issues. *Psychological Medicine,* 3, 1973:a, s. 74—87.

Brown, G.W., Harris, T.O. & Peto, J. Life-events and psychiatric disorders. Part 2: nature of causal link. *Psychological Medicine,* 3, 1973:b, s. 159—176.

Carney, M., Roth, M. & Garside, R.F. The diagnosis of depressive syndromes and the prediction of E.C.T. response. *British Journal of Psychiatry,* 111, 1965, s. 659—674.

Cohen, M.B., Baker, G., Cohen, R., Fromm-Reichman, F. & Weigert, E. An Intensive study of twelve cases of manic-depressive psychosis. *Psychiatry,* 17, 1954, s. 103—137.

Drake, R. & Price, J. Depression: adaption to disruption and loss. *Psychiatric Care,* 13, 1975, s. 163—169.

Erikson, E.H. *Barnet och samhället.* Orginalets titel: Childhood and Society (1950). Natur och Kultur, Borås 1965.

Essen-Möller, E. Individual traits and morbidity in a Swedish rural population. *Acta psychiatrica et neurologica,* suppl. 100, 1956.

Essen-Möller, E. & Hagnell, O. The Frequency and Risk of Depression within a Rural Population Group in Scania. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* Suppl. 162, 37, 1961, s. 28—32.

Ferster, C.B. A functional analysis of depression, *American Psychologist,* 28, 1973, s. 857–870.
Forrest, A.D., Fraser, R.H. & Priest, R.G. Enviromental factors in depressive illness. *British Journal of Psychiatry,* 111, 1965, s. 243–253.
Fredén, L. Om psykiska depressioner utifrån ett sociologiskt perspektiv. Sociologiska Institutionen, Uppsala, *Stencil,* 1974.
Freud, S. *Mourning and Melancholia* (1917). Hogart Press, London 1957.
Gershon, E.S. & Liebowitz, J.H. Sociocultural and demographic correlates of affective disorders in Jerusalem. *Journal of Psychiatric Research,* 12, 1975, s. 37–50.
Inghe, G. & Åmark, K. I Mentalsjukvården. Planering och organisation. *SOU 1958:38,* s. 183–197.
Jacobowsky, B. Diskussionsinlägg vid Proceedings of the Scandinavian symposium on depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* Suppl. 162, 37, 1961, s. 253–260.
Jacobson, E. *Depression.* International Press, New York 1971.
Johansson, S. *Den vuxna befolkningens hälsotillstånd.* Låginkomstutredningen. Allmänna förlaget, Stockholm 1970.
Kiloh, L.G. & Garside, R.F. *British Journal of Psychiatry,* 109, 1963, s. 451–463.
Klerman, G. & Paykel, E. Social background and hospitalization. *Journal of Nervous and Mental Disease,* 150, 1970, s. 466–478.
Kringlen, E. *Psykiatri.* Universitetsforlaget, Bergen 1972.
Lafferty, W. Externalization and Dialectics. Institute for Social Research, Oslo, *Stencil,* 1975.
Lafferty, W. Participation and Democratic Theory: Reworking the Premises for a Participatory Society, Institute for Social Research, Oslo, *Särtryck,* 1976, s. 63–69.
Langfeldt, G. Diskussionsinlägg vid Proceedings of the Scandinavian symposium on depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* Suppl. 162, 37, 1961, s. 231.
Leff, M.J., Roatch, J.F. & Bunney, W.E. *Psychiatry,* 33, 1970, s. 293–311.
Lewinsohn, P. & MacPhillamy, D. The Relationship Between Age and Pleasent Activities. *Journal of Gerontology,* 29, 1974, s. 290–294.
Lin, T. A study of the Incidence of Mental Disorder in Chinese and Other Cultures. *Psychiatry,* 16, 1953, s. 313–336.
Linsky, A. Community structure and depressive disorders. *Social problems,* 17, 1969, s. 120–131.
Lohmann, H. Psykisk hälsa och mänsklig miljö. *Socialstyrelsen redovisar, nr 30.* Stockholm 1973.
Lycke, E. & Roos, B.E. Virus bakom psykiska sjukdomar? *Forskning och Framsteg,* 7, 1974, s. 5–9.
Mead, G.H. *Mind, Self and Society* (1934). The University of Chicago, Phoenix 1972.
Munro, A. Some Familial and Social Factors in Depressive Illness. *British Journal of Psychiatry,* 112, 1966, s. 429–441.
Perls, F. *Det gestaltterapeutiska arbetssättet.* Orginalets titel: The Gestalt Approach & Eye Witness to Therapy (1973). Wahlström & Widstrand, Malmö 1975.
Perris, C. & Espvall, M. Depressive-type psychic reactions caused by success. *Psychiatric Clinical,* 6, 1973, s. 346–356.
Rosenthal, S.H. & Klerman, G.L. Content and consistency in the endogenous depressive pattern. *British Journal of Psychiatry,* 112, 1966, s. 471–484.
Sechehaye, M. *I två världar.* Originalets titel: Journal d'une schizophrène (1950). Natur och Kultur, Stockholm 1976.
Seligman, M. *Helplessness.* Freeman, San Francisco 1975.
Schless, A., Schwartz, L., Goets, C. & Mendels, J. How depressives View the Significanse of Life Events. *British Journal of Psychiatry,* 125, 1974, s. 406–410.
Slater, E. & Roth, M. *Clinical Psychiatry.* Balliere, Tindall & Cassels, London 1969.
Stenback, A. Object Loss and Depression. *Archives of General Psychiatry,* 12, 1965, s. 144–151.

Svendsen, B. Referat i Mentalsjukvården. Planering och organisation. *SOU 1958:38,* s. 114–117.
Szasz, T. *Psykisk sjukdom – en myt.* Orginalets titel: The myth of mental illness (1961). Aldus, Stockholm 1970.
Sörensen, A. & Strömgren, E. Prevalence (The Samsö Investigation). *Acta Psychiatrica Scandinavica.* Suppl. 162, 37, 1961, s. 62–68.
Ullman, L. & Krasner, L. *A psychological approach to abnormal behavior.* Prentice-Hall, New Jersey 1969.
Watts, C.A.H. *Depressive Disorders in the Community.* Bristol 1966.
Weismann, M. & Paykel, E. *The Depressed Woman.* The University of Chicago Press, Chicago 1974.
Woodruff, R.A., Robins, L.N., Winikur, G. & Reich, T. Manic Depressive illness and social achivement. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 47, 1971, s. 237–249.
Zetterberg, H. *Om teori och belägg i sociologin.* Argos, Uppsala 1968.
Zung, W. From Art to Science. *Archives of General Psychiatry,* 29, 1973, s. 328–337.
Ödegård, Ö. The epidemiology of depressive psychoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* Suppl. 162, 37, 1961, s. 33–38.

ACTA UNIVERSITATIS UPSALIENSIS

Studia Sociologica Upsaliensia

Editor: Ulf Himmelstrand

---

1. Torgny T. Segerstedt: Tekniskt bistånd och social struktur. 1962.
2. Torgny T. Segerstedt: Humanisternas yrkesval. En provundersökning 1963.
3. Torgny T. Segerstedt: Naturvetarnas yrkesval. 1964.
4. Torgny T. Segerstedt: Den akademiska gemenskapen. En sociologisk skiss. 1966.
5. Adam Heymowski: Swedish "Travellers" and Their Ancestry. A Social Isolate or an Ethnic Minority? 1969.
6. Torgny T. Segerstedt: Socialt system för samfärdsel. 1970.
7. Björn Eriksson: Om den sociologiska analysen av kunskap. Några steg i riktning mot ett kunskapssociologiskt paradigm. 1972.
8. Per Säfholm: The River-Lake Nilotes. 1973.
9. Peder Hård av Segerstad: Litteratursociologi – ett bidrag till ämnets teoriutveckling. 1974.
10. Björn Eriksson: Problems of an Empirical Sociology of Knowledge. 1975.
11. Erik Ask-Upmark: Cerebrovascular Lesions and Oral Contraceptives. 1976.
12. Thomas Coniavitis: Irrationalitet – Rationalitet. Max Weber – Georg Lukács: en uppgörelse. 1977.
13. Lars Fredén: Att sakna möjligheter. En teoretisk och empirisk studie av depressioner utifrån Ernest Beckers socialpsykologiska teori. 1978.

ISBN 91–554–0795–1
ISSN 0585–5551

LiberTryck Stockholm 1978 857466